

(この用紙はコピーしてご利用下さい)

平成29年度

組合補助申請書 (人間ドック)

※該当する健診項目の番号に○を付けてください			
1. 日帰りドック		2. 1泊2日ドック	
事業所名	〒 _____	担当者名	()
所在地	〒 _____	電話	()
被保険者 記号番号	_____	受診者別 性別	本人・家族 男・女
ふりがな	_____	生年月日	昭平 年 月 日 (才)
利用者氏名	_____		
利用者住所	〒 _____	電話	()
コード	_____	医療機関名	_____
受診日	平成 年 月 日		

上記のとおり利用の申込をいたします。

全国印刷工業健康保険組合 殿

平成 年 月 日

同意事項

1. 組合補助が受けられる健診は、年度内に1回です。(平成29年4月1日～平成30年3月末)
(健診の種類…巡回健診・施設健診・婦人健診・人間ドック)

※ 重複受診された場合には、後に受診されたものについて還付請求いたします。

2. 平成29年度の【人間ドック組合補助対象者】は下記年齢の被保険者・被扶養者である配偶者
30歳(昭和62年生)、35歳(昭和57年生)、40歳(昭和52年生)、
45歳(昭和47年生)、50歳以上(昭和42年以前生)の方々です。
3. 申請書に記載された個人情報は、個人情報保護法並びに組合規程を遵守し、本人への利用券発行
及び実施医療機関への利用通知以外に使用することはありません。
検査結果は、医療機関への支払・統計および受診後の保健指導、健康相談など必要不可欠なため、
組合へ報告されます。

◆上記の同意事項を了承されましたら署名してください。

利用者氏名 _____

※健保事務処理欄

課長	係長	係
組合補助	補助なし・18,000円	
本人負担	円	