

日 帰 り 人 間 ド ッ ク 利 用 申 請 書

事業所名			
フリガナ		番号	生年月日
利用者氏名	(被保険者・被扶養者)		S. 年 月 日生 H.
利用者住所	〒 Tel. ()		
利用日	年 月 日		
利用健診機関名			

※ ご記入の個人情報および健診結果につきましては、保健事業に必要な利用目的以外では使用いたしません。
 なお、利用目的にご同意を得られない場合は、保健事業の補助を受けられないことがあります。

- * 申請書は人間ドックの利用日が決まり次第、健康保険組合に提出して下さい。
- * 胃の検査は補助対象となります。
 胃レントゲン検査または胃内視鏡検査のいずれか一方のみ
- * 婦人科検診は補助対象となります。
 - ・子宮頸がん検診(婦人科診察および子宮頸部細胞診)
 - ・乳がん検診(乳房超音波検査またはマンモグラフィーのいずれか一方のみ)
- * 脳ドック、肺ドック、骨密度、腫瘍マーカー、心エコー、PET等のオプション検査、また胃内視鏡検査時の鎮静剤費用、組織検査費用は全額、受診者負担です。

私は、上記により人間ドックの利用を申請いたします。

なお、大阪工作機械健康保険組合が、人間ドックの受診に際し、健康管理を行う一環として必要な場合に限り、健診結果を活用することに同意します。

大阪工作機械健康保険組合 殿

年 月 日

氏名

* 自筆による署名をお願いします

 組合使用欄