

# 人間ドック利用申込書

対象者 ⇒ 35歳以上の被保険者及び被扶養者

(対象年齢は、実施年度における年度末時点の満年齢)

証記号 - 番号	—	事業所名		
被保険者氏名				
住 所	〒 — 自宅電話番号 ( ) —			
利用者氏名	(フリガナ)	続柄	本人・家族	
	(氏名)	性別	男・女	
生年月日	昭和	健負 担金 保金	1	被保険者 ⇒ 25,000 円
	平成		年 月 日 ( 歳 )	2
利 用 事 項	年月日	令和 年 月 日 ( 曜日 )		
	コース	日 帰 り ・ 1 泊 2 日 (利用コースを○で囲んでください)		
	利用機関 所在地	都・道 市・区 府・県		
	名 称	☎ ( ) —		
連 絡 先	担当者氏名	電話番号	( ) —	

※ この利用申込書の提出をもって、下記注意事項及び人間ドックの結果を健康保険組合が取得することに同意したとみなします。

▶ 人間ドック申込の流れ



▶ 人間ドック当日の流れ



利用日変更した場合 ⇒ 健保組合へ連絡  
人間ドック中止の場合 ⇒ 健保組合へ連絡 ⇒ 『人間ドック利用券』を健保組合へ返送

**【注意事項】**

- ❖ 人間ドックを受ける場合は、健康診断(40歳以上の被扶養者は特定健康診査)は受けられません。
- ❖ 人間ドック受検当日、当健康保険組合の被保険者、被扶養者資格を有していない場合は補助対象外です。

健保受付印

静岡県中部機械工業健康保険組合  
FAX 可 (054) 255-0848

