

人間ドック利用承認書

承認番号

番

健康保険証 記号－番号	－	会社名 所属			
受診者氏名 (今回利用される方)	フリガナ	生年月日	年齢	被保険者との続柄	
		昭平	歳	本人	被扶養者
住所	〒 TEL				
検診年月日	令和 年 月 日				
医療機関名 と 受診コース	・予約した医療機関・コースに○印をつけてください。				
	医療機関名	コース	日帰り	日帰り ＋ 脳ドック	脳ドック 単独
井上記念病院	TEL 043-245-8811				○
船橋中央病院	TEL 047-433-5885				
神田クリニック	TEL 03-3252-0763				○
津田沼中央総合病院	TEL 047-476-5134				○
国際医療福祉大学 成田病院	TEL 0476-35-5602				
水戸済生会総合病院	TEL 029-254-9044				
		節目健診	※脳ドック単独・1泊は節目検診の対象外		
節目検診 ※被保険者(本人)のみ ※該当年度内のみ	・当年度末の年齢が次に該当する方は○印をつけてください。				
	年度末年齢	50歳	55歳	60歳	65歳
前回利用日	年 月 日		病院名	(コース:)	
承認年月日	令和 年 月 日		京成電鉄健康保険組合	印	
病院証明欄	令和 年 月 日			印	

注意事項

1. **太枠**の中をご記入してください。
2. 本承認書は予約決定後、利用日の**10日前迄**に必ず健康保険組合へ提出してください。
3. 京成電鉄健康保険組合印のないものは、無効です。
4. 受診の際、本承認書を必ず受付窓口へ提出してください。提出しないと全額自己負担となります。
5. やむをえず取消または変更する場合は、速やかに医療機関へ連絡してください。
また、承認書受領後の取消は健康保険組合へも連絡してください。
6. 特定健康診断を受けた方、受けられる予定の方はその年度は受診できません。
7. 各コースとも原則、**前回の利用日から満1年を経過**していない日の申し込みはできません。
8. 前回1泊コースを利用した方は、原則として日帰りコースを申し込みください。
9. 脳ドックを利用した方は、**前回の利用日から満3年を経過**していない日の脳ドックの申し込みはできません。
10. 利用資格は受診日現在**35歳以上**の被保険者および被扶養者の方です。

健保記入欄(節目検診確認)

【日帰】全額健保負担

【+脳】日帰りコース分健保負担

--