

# 人間ドック利用承認書

どちらかに○をしてください

被保険者等 記号-番号	○○ - ○○○○	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	会社名 (所属)	○○○○○(株)		
受診者氏名 (今回利用される方) ※受診日に35歳以上の被保険者・被扶養者	カガナ ○○○ ○○○○	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 △△△-△△△-△△△△ 葛飾区青戸×××××					
検診年月日	令和 年 月 日		○印でご記入してください			
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	1泊
	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			-	-	-
節目検診	・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。					
※被保険者(本人)のみ ※該当年度内のみ	年度末年齢	50歳	55歳	60歳	65歳	☆日帰りコースを選択された場合全額健保負担 ☆日帰り+脳ドックコースを選択された場合、 日帰りコースのみ健保負担 (脳ドック分(30,000円程度)は全額自己負担)
			○			
前回利用日	年 月 日	病院名	(コース: )			
承認年月日	令和 年 月 日	分かる範囲でご記入ください。 前回利用日から1年以上あけてください(脳ドックは3年以上)			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(家族・任意継続被保険者)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. 利用資格を満たさない場合は全額自己負担となります。

健保記入欄(節目検診確認)

【日帰】全額健保負担

【+脳】日帰コース分健保負担