

人間ドック利用承認書

承認番号 番

健康保険証 記号一番号	—		会社名 所 属			
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	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	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	☆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、 日帰りコース分のみ健保負担 (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		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. 当組合で承認後、京成電鉄健康保険組合印を押印のうえ返却いたします。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. 受診日に当健康保険組合の資格を喪失している場合は全額自己負担となります。
7. 原則次の①～④すべてを満たしていない場合、本承認書の対象外となります。
①前回の利用日から満1年経過後であること。
②今回1泊コースを利用の場合は前回の1泊コース利用から満2年経過後であること。
③今回脳ドックを利用の場合は前回の脳ドック利用から満3年経過後であること。
④家族・任意継続被保険者の場合は今年度中に特定健康診断を受診または受診予定でないこと。

健保記入欄	
【日帰】全額健保負担	
【+脳】日帰コース分健保負担	
(扶)特定健診	(婦)検診

「 「

「 「