

**被扶養者  
(家族)**

**(C) 人間ドック利用申込書・受診券**

**※健保連契約健診機関で受診する場合**

個人情報及び検査結果の取り扱い(健康指導・管理のため、健康保険組合・診療所等に結果が送付されること等)に同意し、下記の通り健保連契約健診機関の人間ドック受診を申し込みます。

**※健診の際は、健康保険を使用できません。**

申請日 西暦 年 月 日

受	被保険者等 記号・番号	記号	番号	受診者氏名	フリガナ	
	受診者の 生年月日	*当年度末3月31日現在の年齢を記入して下さい 西暦 年 月 日 ( 歳* )			性別	受診者の 連絡先
診	受診者の 現住所	〒 -			受診日当日はJSR健 保の被扶養者である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳人間ドック利用申込出来ません
	受診状況	*今年度(4月～翌年3月)の健康診断受診状況にチェックしてください。				
		① 特定健診受診券 <input type="checkbox"/> 受診した(受診予定) →人間ドック利用申込出来ません <input type="checkbox"/> 受診していない(未受診予定)				
		② 巡回レディース健診 <input type="checkbox"/> 受診した(受診予定) →人間ドック利用申込出来ません <input type="checkbox"/> 受診していない(未受診予定)				
③ 健保連契約健診機関以外の人間ドック <input type="checkbox"/> 受診した(受診予定) →人間ドック利用申込出来ません <input type="checkbox"/> 受診していない(未受診予定)						
者	オプション検査	※脳ドックは補助の対象外です。 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡(基本検査項目のバリウムから胃カメラに変更を希望) <input type="checkbox"/> 乳房診察+マンモグラフィ(女性のみ) <input type="checkbox"/> 乳房診察+乳腺超音波(女性のみ) <input type="checkbox"/> 婦人科診察+子宮頸部細胞診(女性のみ) <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> PSA検査(男性のみ) <input type="checkbox"/> その他( )				
		健診機関名	受診予約日			西暦 年 月 日
被保険者	被保険者氏名			被保険者の 連絡先		

保 険 者	組合名	JSR健康保険組合	組合所在地	〒510-8552 三重県四日市市川尻町100番地	連絡先	059-345-8004
-------------	-----	-----------	-------	------------------------------	-----	--------------

**【注意事項】**

- ・健保連契約の人間ドックコース内容の一部をキャンセルすることは出来ません。全ての項目を受診願います。
- ・この申込書は受診日の1ヶ月前までに、健保組合へ申請下さい。  
(在職者が社用PCからCELfで申請。任意継続者は紙で郵送。)
- ・健保組合へ申込後に「健保受付日」を記載した「利用申込書・受診券」を健保組合から送付致します。
- ・「健保受付日」の無いものは、無効です。
- ・健診当日にJSR健保組合の被扶養者で無い方は受診できません。

**【健診機関へのお願い】**

- ・人間ドック(脳ドック以外のオプション検査費用含む)費用は全額健康保険組合へご請求ください。
- ・オプション検査は、健診機関において請求書に項目・金額を明記願います。
- ・人間ドック項目全ての、XMLデータを請求書と併せてご送付願います。

<b>健保受付日</b>

(R8.4)

**◎健保処理欄**

●人間ドック(5-1-4-3)		
費用(オプション含)	円	
補助額	円	家族: 上限10,000円(税込)
●女子(5-1-4-6)		
費用	円	
補助額	円	家族: 上限30,000円(税込)

健診機関支払額	連絡
	円
被保険者請求額	円
	円