常務理事	事務長		係

人間ドック利用申込書

(R8.4)

胃部検査	□バリウム検査　□経口胃カメラ　□経鼻胃カメラ							
婦人科検査 (女性のみ)	□有　□無		乳がん検査 (女性のみ)	□マンモグラフィ　□超音波検査				
事　業　所　名								
受診者 氏　名	フ　リ　ガ　ナ		性別	男・女	生年月日	年　月　日	続柄	
受診者住所	(〒　　) TEL　－　－							
受診日	月　日		受診医療機関					

(注) 個人負担金３，０００円を受診当日健診機関の窓口でお支払ください。

※下記オプション検査は４０歳以上の方に限り、人間ドック同日受診のみ申込可。
人間ドックと同時にお申し込みください。（契約医療機関に限る）

脳ドック	□申込有	個人負担金　４，０００円

(注) 脳ドックは次に該当する方は受診することができません。
①心臓ペースメーカー装着の人　②妊娠初期の人
③体内に金属を有する人（主治医の判断または承認にて可否が決定）

肺ドック	□申込有	個人負担金　４，０００円

この人間ドックの結果等（健診データ）について、健康保険組合が取得・保有すること、ならびに、被保険者が受診した結果等については、被保険者の健康保持増進を目的にコラボヘルス事業として事業主と共有することに同意し、上記のとおり人間ドック、オプション検査の利用を申し込みます。

令和　　年　　月　　日

被保険者記号番号（　　―　　）

被保険者氏名

受診者氏名　　㊞

京都新聞健康保険組合理事長　様