

総合健診(日帰り人間ドック)利用申込書

医療機関名						
健康保険 被保険者証	記号		番号		受診日	令和 年 月 日
氏名カナ					性別	属性 続柄(家族の方)
氏名漢字					男 女	本人 家族
生年月日	昭和 年 月 日				受診日当日	歳
現住所	〒 -				TEL () -	
					FAX () -	
オプション検査 ※○で囲む	1. 胃部内視鏡..... 差額は自己負担となります 2. 子宮頸がん検査 3. 子宮超音波検査..... 受診可能な医療機関は一覧でご確認ください 4. 乳房診検査 5. 前立腺がん検査.....50才以上 6. 脳検査.....45才以上/5年に1回健保補助/受診可能な医療機関は一覧でご確認ください 7. C型肝炎ウイルス検査.....組合加入後1回のみ健保補助あり 8. ABC検診.....組合加入後1回のみ健保補助あり 医療機関によっては「ピロリ菌抗体+ペプシノーゲン」「ピロリ菌抗体」のみの場合あり					
事業所名						
事業所 所在地	〒 -				TEL () -	
					FAX () -	

【申込みについて】

健康診断を受診される皆さまは、「健康管理事業の目的」をご確認のうえで受診してください。また、事業主さまも受診される皆さまが「健康管理事業の目的」をご理解のうえで、健康診断を受診されるようにご協力をお願いいたします。

【健康管理事業の目的】

健康保険組合では、被保険者等の健康保持・増進にお役立ていただくために健康管理事業を積極的に実施しています。また、事業主に結果の記録、健診結果に基づく健康管理対策の実施が義務付けられています。そこで、事業主と連携してより効果的な健康管理事業を行うために、健診結果を事業主と共同利用し、その後の保健指導を効率的に実施し健康管理に活用いたします。(事業主に保健指導内容はお知らせしません。)

【個人情報について】

健康保険組合は、健診結果に基づく事後指導を効果的に行うために、契約健診(医療)機関から全ての検査項目を取得することになります。この申込書に記載のある健診受診者に関する個人情報は、その保護に努め、安全に保管し、皆さまの健康保持・増進のために行う保健指導、その他アフターフォロー事業の目的以外には使用いたしません。

<注意>

太枠内は、必ずご記入ください。

受診日当日は、必ず健康保険証と自己負担金をご持参ください。

健診申込後、取消及び変更する場合は、医療機関に連絡後、『保健事業担当』までご連絡ください。

〒151-8575

東京都渋谷区千駄ヶ谷2-11-1

サザビーリーグ健康保険組合『保健事業担当』

TEL (03)-5412-1827 FAX (03)-6311-8879

上記に相違ありませんので契約
料金で受診利用をお願いします。
(組合処理欄)

※組合資格等確認済印のないものは無効