

# 人間ドック申込書(受診時40歳以上)

私は、大阪府電気工事健康保険組合が保健事業として行う人間ドックの健診結果を、健康管理の目的で健康保険組合及び事業主が活用することに同意し、健診申込詳細確認のうえ、健診料金を添えて、申込致します。

**受診希望医療機関に○をつける、もしくは記入し、太枠内の必要事項をすべてご記入ください。**

受診希望機関	① 直接契約機関			
	1. 住友生命社会福祉事業団	2. 福慈クリニック	3. 中之島クリニック	4. 船員保険大阪健康管理センター
	5. 関西労働保健協会アクティ	6. 多根クリニック	7. 南大阪総合健診センター	8. 大野クリニック
	9. みどり健康管理センター	10. 一翠会千里中央健診センター	11. 関西労働保健協会千里LC	12. コーナンメディカル鳳総合健診センター
記号番号	② 健保連契約機関			
	③ 東振協契約機関			
受診日	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
	被保険者	男・女	受診者	男・女
一部負担金等	氏名	氏名	氏名	氏名
	生年月日	昭 年 月 日	才 生 年 月 日	昭 年 月 日
受診日	平成 年 月 日 ( )	自宅	〒	
	①直接契約機関、②健保連契約機関			電話番号( - - )
	25,000円			
	③ 東振協契約機関	事業所	〒	
20,000円			電話番号( - - )	
追加健診については直接医療機関にお支払いください。金額、検査項目等は医療機関へご確認ください。				
事業所名				

**申込要項・注意事項等**

- ・直接医療機関に予約を取り、申込用紙を送付、またはFAX送信してください。(健保連、東振協契約機関については、当健康保険組合ホームページから検索してください)
- ・受診時40歳以上の方が対象です。
- ・この申込書に医療機関ごとに必要な一部負担金を添え、お申し込みください。同時に入金が困難な場合は、受診日までに必ずお支払いください。(入金が確認できない場合、健診の補助はできません。自費での受診となります)
- ・翌年4月1日以降(新年度)に受診する健診の一部負担金については、新年度に入ってからのお支払いをお願いします。
- ・追加検査を受ける場合は、別途医療機関でお支払ください。
- ・同年度中に特定健診、生活習慣病健診を受診される方は、人間ドックの補助は受けられません。(補助ができるのは年度内1回のみです。)
- ・ご提供いただきました申込情報は、個人情報保護法を遵守し、利用目的以外には使用致しません。

**請求書は発行しません。申込と同時に一部負担金を健康保険組合までお支払いください。振込の場合、領収証は発行いたしませんので、振込明細は大事に保管願います。**

一部負担金額	直接・健保連	25,000円	東振協契約機関	20,000円
--------	--------	---------	---------	---------

**支払方法** ①現金 ②振込 …振込先 りそな銀行 大阪営業部 (普) 6160102 大阪府電気工事健康保険組合