

# 家族

# 家族

JR東海リテイリング・プラス健康保険組合 殿

下記のとおり人間ドックを利用いたしたいので申し込みいたします。

利用料金、                  円は令和      年      月      日振込しました。

また、病院から健康保険組合へ検査結果を送付することに同意します。

|       |            |                       |   |   |          |    |  |
|-------|------------|-----------------------|---|---|----------|----|--|
| 利用者   | フリカナ       |                       |   |   | 男・女      | 続柄 |  |
|       | 氏 名        |                       |   |   |          |    |  |
|       | 生年月日       | 昭和・平成                 | 年 | 月 | 日生 ( 才 ) |    |  |
|       | 現住所<br>連絡先 | 〒<br><br>Tel          |   |   |          |    |  |
| 検 診 日 |            | 令和                    | 年 | 月 | 日 ( 曜日 ) |    |  |
| 病 院 名 |            | ※婦人科検査申込 有・無 (どちらかに○) |   |   |          |    |  |

### ※婦人科検査について

個別契約以外の医療機関を利用し子宮癌検査（細胞診検査）、乳癌検査（マンモグラフィー・超音波どちらか選択）を行った場合、健保組合で補助を行います。  
（上限1万円）

- ・当日、料金を支払った後、別添（婦人科検査利用料請求書）に領収書のコピー（明細のわかるもの）を添付して健保組合へ請求してください。
- ・後日、補助額（上限1万円）を健保組合へ届出ている銀行等口座へ振込みいたします。

令和 年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_ 記号・番号 \_\_\_\_\_ 一

被保險者名

〈注〉 検診日の1ヶ月前までに健保組合へ提出して下さい。