

下記のとおり申請します。 小田急グループ健康保険組合理事長 殿

※太枠内ご記入ください。

申請日

年

月

日

健診機関	番 号	健診機関名	受診年月日
			年 月 日

↑P6～7をご覧ください。

被保険者	記 号	900	番 号		連絡先	()
	フリガナ				住 所	〒
	氏 名					

受診者	フリガナ			続 柄	
	氏 名				
	生年月日		年度末年齢		
	昭・平	年	月	日	2024年 3月末年齢 歳

■注意事項（受診時）

- 受診の際に本券（健保組合受付印のあるもの）を健診機関に提出してください。
- 受診者負担額は当日健診機関の窓口でお支払いください。
- 取消・変更が発生した場合は、健保組合へ連絡してください。
- 人間ドックの健診データは、年齢を問わず健保組合へ通知されます。

健保組合補助額

20,000 円

■健診機関様へのお願い

健保組合補助につきましては、契約した全項目を受診した場合に限らせていただきます。

- 健保組合受付印の無いものは無効ですので受診券として扱わないでください。事後申請は、一切認めておりません。
- 受診者負担額およびオプション料金は、受診の際、受診者から徴収してください。
- 請求にあたっては、当健保組合指定の請求書に内訳書と本券および健診データを添えて、請求してください。

保険証を
必ず持参
してください。

健保組合受付印がない受診券は無効です。全額自己負担となりますのでご注意ください。

健保組合受付印

担当印