

2023年度 節目人間ドック 被保険者 申請書・受診券

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。

40・45・50・55・60歳(2024年3月31日時点の年齢)
に達し、受診日に健保組合加入5年を経過した被保険者

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。

受診者	記号	番号	会社名	
	所属部署		連絡先	()
	フリガナ		住所	お勤めの会社経由で郵送希望の場合は記入不要です。 出向先に郵送希望の場合は出向先会社名を記入してください。 〒
	氏名			
	続柄	生年月日	年度末年齢	
	本人	昭・平 年 月 日	2024年 3月末年齢 歳	

申請前にチェックしてください

- ☐ 40・45・50・55・60歳(2024年3月31日時点の年齢)の被保険者ですか？(ご家族の方は対象外です)
- ☐ 健診日時点で、健保組合加入5年を経過していますか？(保険証の資格取得日を確認)
- ☐ 上部消化管検査(胃カメラ)を予約しましたか？
- ☐ いかなる理由(自己都合・医師判断)においても、上部消化管検査(胃カメラ)を実施できない場合は、全額自己負担になります。あらかじめご了承くださいか？

受診者負担額
(消費税含む) 5,000円

■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