

人間ドック受診申込書<<被扶養者(家族)用>>

申込日：令和 年 月 日

私は、下記同意事項について同意するとともに、次のとおり受診申込を行います。

同意事項	中国電力健康保険組合が人間ドック等の検査結果を受診医療機関から受領すること ※ 当組合が受領した人間ドック等の検査結果等は、「中国電力健康保険組合 プライバシーポリシー」にもとづき活用します。
------	---

- ※ 選択項目の場合は、数字に○印をつけてください(余白に記入された文字等は認識できません)。
- ※ 必須項目は全てご記入ください。 ※ 黒いボールペンなど(消えないもの)でご記入ください。

記号・番号【必須】											
被保険者	氏名【必須】										
	会社名【必須】										
	所属名【必須】										
	出向先 会社名										コード*
(被扶養者)	氏名【必須】	カタカナ									
		漢字	姓					名			
	生年月日【必須】	3. 昭和	4. 平成	年	月	日	性別【必須】	1. 男	2. 女	年度年齢【必須】	歳

保険証(上部)をご確認のうえ、記入してください。

問診票・検査容器等送付先住所	区分	① 自宅に送付する									
	郵便番号【必須】										
	市区郡町村【必須】 ※都道府県名不要										
	丁目・番地・建物名・号室【必須】										
連絡先【必須】	自宅・携帯電話番号 ※日中連絡可能な番号を1つ										

(注) 医療機関によっては実施していないコース・検査がありますので、記入にあたっては、別紙「医療機関情報」をご確認ください。また、ご希望に添えない場合がありますことを予めご了承ください。

【 申 込 内 容 】												
医療機関 ※記入のコードと名称に相違がある場合、コードを優先します。	コード【必須】				名称【必須】							
受診コース【必須】 一般検査:人間ドック 家族検査:健康診断	1. 一般検査A(男女35歳以上) 2. 一般検査B(女性35歳以上) 3. 婦人科がん検査(女性19歳以上) <small>(一般検査A+婦人科がん検査)</small> 4. 家族検査A(男女19歳以上) 5. 家族検査B(女性19歳以上) <small>(家族検査A+婦人科がん検査)</small>											
受診希望時期【必須】 ※1つだけ選んでください。	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
胃カメラ検査【必須】	1. 希望する		2. 希望しない		婦人科がん検査では実施していません。							
胃カメラ鎮静剤(静脈注射)	1. 希望する		2. 希望しない		注)胃カメラ鎮静剤は喉をしびれさせる薬や全身麻酔ではありません。							
あなたと他の受診者との受診日調整 ※募集期間・医療機関・受診希望時期が同一の場合に限る	1. 配偶者と同一の日に受診したい											
	2. 配偶者と別の日に受診したい											
	3. 他の受診者(配偶者を除く)と同一の日に受診したい											
		L		他の受診者 ※3を選択した場合		記号・番号			氏名(漢字)			
備考 (医療機関への連絡事項)												

※提出前にコピーをとり、お手元に保管してください。