

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。 |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|------|----|----|----|---|---|---|--------|------|------|----------|-----|
| 記号・番号【必須】 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者(受診者)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 |
| 会社名【必須】 | | | | | | | | | | | | |
| 所属名【必須】 | | | | | | | | | | | | |
| 出向先 会社名 | | | | | | | | | | | | コード |
| 出向先 所属名 | | | | | | | | | | | | |

保険証(上部)をご確認のうえ、記入してください。

※ 選択項目の場合は、数字に○印をつけてください。
※ 必須項目は全てご記入ください。

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|-----------------------|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 問診票・検査容器等送付先住所 | 区分【必須】 | 1. 自宅に送付する 2. 勤務先に送付する※上記会社・所属(出向者は出向先) | | | | | | | | | |
| | 郵便番号【必須】 | | | | | | | | | | |
| | 市区郡町村【必須】 ※都道府県名不要 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 丁目・番地・建物名・号室【必須】 | | | | | | | | | | |
| | 自宅・携帯電話番号【必須】 | | | | | | | | | | |
| | 勤務先電話番号【必須】 | | | | | | | | | | |

(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】 | 1. 一般検査A(男女35歳未満) 2. 一般検査B(女性35歳未満) <small>(一般検査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 | | 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。 | | | | | | | |
| 胃カメラ鎮静剤(静脈注射) | 1. 希望する | | 2. 希望しない | | | | | | | | | |
| 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. 被扶養者である配偶者と同一の日に受診したい ※配偶者が被扶養者ではない場合は「3」を選択してください。 | | | | | | | | | | | |
| | 2. 被扶養者である配偶者と別の日に受診したい | | | | | | | | | | | |
| 備考 (医療機関への連絡事項) | 3. 他の受診者(被扶養者である配偶者を除く)と同一の日に受診したい | | | | | | | | | | | |
| | | 他の受診者 | | 記号・番号 | | | | 氏名(漢字) | | | | |
| | ※3を選択した場合 | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一般検査A・B申込者定期健康診断の代用しない希望の有無 | <input type="checkbox"/> | 「代用しない」=事業主の定期健康診断も受診する場合には、チェックを入れてください。 ※チェックがない場合、結果を健康保険組合から事業主へ送付します。 「代用する」=結果を健康保険組合から事業主へ送付する場合、チェックは不要。 |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師の受診指示【必須】 | 上記の者は、健康上の不安があるため事業主が行う定期健康診断ではなく、人間ドックの受診が必要であると判断し指示します。 医療機関所在地 医療機関名称 医師名 |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|