

記入例

人間ドック・脳ドック申込書

記号・番号	2-12345		提出日	令和 7 年 4 月 16 日		
フリガナ	ニッピ イチロウ		生年月日	昭和 平成 27年 10月 12日	性別	男 女
受診者名 (被保険者又は被扶養配偶者)	日飛 一郎					
人間ドック	健診日	令和 7 年 5 月 15 日 (木) 受付 8 時 ~				
	健診機関名	ヘルチェック横浜東口センター				
脳ドック	健診日	令和 年 月				
	健診機関名	補助対象健診機関は「人間ドック・脳ドック日飛健保健診機関一覧」をご覧ください。日飛健保ホームページ又は社内イントラネットに掲載しています。				
健診種別 該当種別に☑してください	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック 日帰り		<input checked="" type="checkbox"/> 胃部内視鏡			
	<input type="checkbox"/> 人間ドック 1泊					
	<input type="checkbox"/> 脳ドック 又は 脳検査追加					
追加項目に☑してください * 婦人科、PSAのみの受診不可	婦人科健診	乳がん	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 乳房超音波検査		
		子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診			
	<input checked="" type="checkbox"/> 前立腺がん(PSA)追加					

上記のとおり、健診機関に予約をしました。

また、この健診結果を健康保険組合が保健事業(保健指導、匿名化情報の作成、PepUpでの本人の閲覧)のために利用することに同意します。

所属	〇〇部〇〇課〇〇係	日中連絡の取れる 電話番号 (内線又は携帯)	内線 〇〇〇〇
被保険者名	日飛 一郎	受診者名 (被扶養配偶者の場合)	
請求書送付先	横浜 ・ 厚木	その他	
	STA 〇〇 - 〇	〒	

日本飛行機健康保険組合 理事長 殿

(注意事項)

1. 必要事項を記入し健診日前までに、健康保険組合へ提出して下さい。
2. 申請した健診内容と変わった場合はご一報下さい。
3. 健診料の30%を健康保険組合へお支払い下さい。(受診の翌月、請求書を発行します)
4. 補助上限50,000円を超えた場合は超過分を請求します。
5. 上記以外のオプション追加料金は受診者負担となります。
6. 健康保険組合は個人情報保護に関する法律等を遵守して健診結果を保健事業に利用します。