令和6年度　レディース人間ドック利用申込書

申込期限	**健診受診日の2週間前まで**

※申込期限を厳守してください。
健保組合の事前承認がないと利用料金の補助はできません。

事業主記入欄	事業所名称 事業主氏名 電　話　番　号 下記の者より、人間ドックの受診にかかる同意があったことを確認しました。 □ ※必ず□に✔を付してください

＊被保険者の方は、事業所を経由し提出してください。被扶養配偶者および任意継続の方は、事業主記入欄は不要です。

健診機関 受診される健診機関に〇印をしてください		医療法人東和会　第一東和会病院　健診センター 大阪府高槻市宮野町2-17			（☎予約申込番号） 072-671-1035
		一般社団法人オリエンタル労働衛生協会　大阪支部 大阪市中央区久太郎町1-9-26　LUCID SQUARE SEMBA 2F			（☎予約申込番号） 06-6266-6440
受診日	令和　　年　　月　　日（　　）				
健康保険被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和　　年　　月　　日	
受診者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		性別 女	年度末年齢 歳	受診者区分 被保険者　・　被扶養者
現住所及び電話番号	〒　　－　　　TEL				
自己負担額	8，000円	振込先口座へ〇印をしてください			（領収印）
支払方法	① 健康保険組合窓口にて現金払い	振込先		三菱UFJ銀行　船場支店　（普）0300401	
				三井住友銀行　船場支店　（普）0966058	
	② 銀行振込（いずれかの口座にお振込みください）			りそな銀行　大阪営業部　（普）7339059	
				みずほ銀行　船場支店　（普）1043637	

上記のとおり予約が完了しましたので、自己負担額を添えて申し込みます。

同意書

(1)当健保組合が健診機関から健診結果の報告を受けること。
(2)健診結果より特定保健指導の対象となった場合は、必ず特定保健指導を受けること。
※(1)(2)の内容及び下記 **[注意事項]** について了承のうえで人間ドックを受けることに同意します。 □
※必ず□に✔を付してください

大阪装粧健康保険組合　　様

令和　　年　　月　　日（受診者氏名）

[注 意 事 項]

◎レディース人間ドック助成対象者について
・当健保組合に加入している40歳以上の**「被保険者」**および**「被扶養者」**の女性。（年度内に40歳になられる方を含む）

◎胃の検査について
「第一東和会」・・・・原則、胃内視鏡（胃カメラ）です。なお、X線検査（バリウム）に変更することもできます。
「ｵﾘｴﾝﾀﾙ労働衛生協会」・・・・原則、X線検査（バリウム）です。胃内視鏡（胃カメラ）に変更することもできますが別途費用が必要です。
胃カメラ変更の差額は、健診申込時にご確認のうえ健診機関にてお支払ください。

◎オプション検査について
・オプション検査を同時に受けることも可能ですが、オプション代金等は健診申込時にご確認のうえ健診機関にてお支払ください。

◎特定保健指導実施について
・第一東和会病院では、レディース人間ドックの受診当日に特定保健指導を受けることができます。対象となられた方は特定保健指導を受けていただきますようお願いいたします。

下記の場合は、必ず事前に健保組合までご連絡をお願いします
＊人間ドックの申込内容に変更があった場合（日程変更・健診機関の変更やキャンセル）

《個人情報について》健診結果については、組合が実施している保健指導・健康相談などの事後フォローおよび、統計資料等に必要不可欠なため、健診機関より健保組合へ報告されることとなっておりますので、人間ドック利用申込にあたりましては、あらかじめ御了承ください。健診機関より提供を受けた健診結果は、個人情報保護法ならびに当健保組合個人情報保護管理規程を遵守し、組合が実施している健康管理業務以外に使用することはありません。

R6.4