

伺 い	常務理事	事務長		担当者
決議年月日		令和	年	月 日
自己負担額		円		

受付印

領収印

エム・オー・エー健康保険組合理事長 殿

## 人間ドック利用申込書

下記により人間ドックの利用を申し込みます。

なお、人間ドックの検査情報は、健康保険組合の健康診断担当者に情報提供され、個人の健康管理や職場での安全衛生活動に利用されることに同意します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

事業所名				
被保険者等 記号・番号	記号		番号	
受診者氏名	(本人・配偶者)		生年月日	
連絡先 (住所・電話)	郵便番号	—	電話	— —
	住所			
受診機関名	電話	— —	担当者	
受診希望日	第一希望	令和 年 月 日	第二希望	令和 年 月 日
オプション	脳ドック・その他( )			

※自己負担額10,000円は、申込時に健保組合へ納入ください。

オプションで脳ドックを追加する場合は、自己負担額は15,000円となります。

※人間ドック料金が62,000円を超える場合、超えた分は本人負担となります。

脳ドックを追加した料金が95,000円を超える場合、超えた分は本人負担となります。