

P E Tがん検診申込書

健保受付印

★書類送付先

社内便：(延岡)旭化成健康保険組合 (PETがん検診担当)
 郵送：〒882-0847 宮崎県延岡市旭町2丁目1-3
 旭化成健康保険組合 (PETがん検診担当)

健保受付印

※申込書は被保険者ごとに記入

提出日	令和 年 月 日			□部分は該当するものをチェック (し点) して下さい	
被保険者証	記号	番号		被保険者氏名 (従業員・任継本人氏名)	
	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21				
検診希望者	氏名		性別	続柄	生年月日
	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 (従業員・任継本人) <input type="checkbox"/> 被扶養配偶者	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
検診希望者	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 (従業員・任継本人) <input type="checkbox"/> 被扶養配偶者	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	*日程調整等のため検診機関から連絡が入ります。日中で最も連絡が付き易い番号を記入してください。				
連絡先電話番号				<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	
書類送付先	住所 〒				
希望地区・検診機関	地区(都道府県)		検診機関名		
希望コース					
希望日時	第1希望		第2希望		第3希望
	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

注)

1. 補助対象者は、検診日に旭化成健保に加入する被保険者(従業員または任意継続本人)とその被扶養配偶者です。
2. 当制度契約の検診機関・コースを従業員が会社の人間ドックと兼ねて受診される場合、補助の対象外となります。
3. 当制度契約の検診機関・コースのみを受診した領収書で家族・任意継続本人健診の補助申請はできません。
4. 補助額は、毎年度(4月1日から翌年3月31日)1回、30,000円/人を限度とします。
5. 検診機関へ直接予約をしないで、必ず事前に当健保に申込書を提出して下さい。
6. 補助対象検診機関は旭化成健康保険組合が契約をしている検診機関とします。
別添契約施設情報でご確認下さい。確認後、希望の地区、検診機関、コースを太枠内に記入して下さい。
7. 個人情報の保護に関する取扱いについて
申請書記載の個人情報は、PETがん検診受診に関してのみ利用され、他に利用されることはありません。
8. 当健保には、検診機関より受診実績のみ報告があります。個人の検診結果についての報告は受けておりません。

☆書類の流れ 被保険者(本人) → (延岡)旭化成健康保険組合 → (株)アルカディア → 検診機関

検診機関様

上記の者は、当健康保険組合の加入者ですので、PET検診の実施をお願いしますと共に、本人には総費用から30,000円を差し引いた金額を請求してください。なお、30,000円については旭化成健康保険組合へ請求してください。

〒 882-0847
 宮崎県延岡市旭町2丁目1-3
 旭化成健康保険組合
 TEL 0982-22-2940

--

調整機関確認欄

--