理事長	常務理事	事務長	係

受付年月日　　年　　月　　日

半　日

ドック利用申込書

脳

被保険証	記：　〇〇　　番号：　〇〇			性別	男性　・　女性
所属	調理部　　部　　〇〇　　課		受診者氏名	被保険者	帝国　太郎
	（内線：　〇〇〇〇）			扶養配偶者	
ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ記入欄	※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※			※被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要	
生年月日	S. 〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日（　〇〇　才）				
利用者住所	〒　〇〇- 〇〇〇 大阪府　〇〇区〇〇町　1-2-3				

希望病院を選ぶ

			医　療　機　関　名
希望病院 ＊数字に〇をして下さい	半　日	1	帝国ホテルクリニック
	脳ドック	2	富永クリニック
	〔5年に1回のみ〕		（前回受診日　　年　　月　　日）
希　望　日		1	令.　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日
（第1・第2希望日をお入れください）		2	令.　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日

〔注〕

1. 利用申込は被保険者に限ります。
2. 入院希望日は第1、第2希望日まで記入してください。
3. 申込書は、半日・脳ドックは7日前までに提出してください。
4. ドックを予約される方は健保組合へ直接ご連絡ください。
5. 本人負担金は下記の通りとなります。

受診される日に医療機関に直接お支払いください。

［個人情報の取り扱いについて］

受診されます方の個人情報については、当健康保険組合の個人情報保護管理規程に準じて適正に管理し、情報漏えい等の防止に努めます。
個人情報ご提供の同意が得られない場合は、検診をご遠慮いただく場合がございます。
検診結果は、受診される医療機関より管理課総務へ送付されてからご本人様へのお渡しとなります。尚医療機関によっては検診時に医療機関との個人情報の利用について、ご同意いただく為の署名等がございます。予めご了承ください。

＊帝国ホテルクリニック〔半日〕　6，000円　〔扶養配偶者　12，000円〕
＊富永クリニック〔脳ドック〕　30，500円　〔扶養配偶者　30，500円〕

上記の通り申込みいたします。

〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日

氏　名　　帝国　　太郎　　㊞

帝国ホテル健康保険組合　御中