

By Fax : \_\_\_\_\_

--

御中

令和 年 月 日

三菱製鋼健康保険組合 経由

## 人間ドック申込書

被保険者証 記号・番号		—		所属事業所			
受診者	フリガナ			続柄	性別	生年月日 (受診時年齢)	
	氏名				男・女	昭 ・ 平	年 月 日 ( 才)
連絡先 住所	〒 _____			Tel: _____			
医療機関名							
受診日	令和 年 月 日 ( )						
オプション健診							

今般、上記のとおり人間ドックの受診を申し込むにあたり、受診する医療機関が健診結果報告書を第三者である三菱製鋼健康保険組合に対して報告することに同意致します。また受診者が被保険者である場合、事業主が行う定期健康診断の代わりに三菱製鋼健康保険組合が事業主に同報告書を提出することも併せて同意致します。

受診者 \_\_\_\_\_ 印

\* 健康保険組合記入欄

項目	チェック内容
本人支払金額	円
管理台帳記入	<input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 未入力
ファックス送信	<input type="checkbox"/> 未送信 <input type="checkbox"/> 送信済

常務理事	事務長	係員	受付

本人負担額は一律5,000円とし、オプション健診費用の本人負担額は3割(消費税を除く)です。人間ドック予約後、必ず事前に本申込書を健保宛に送付してください。(原則本紙)また、本申込書の未提出及びオプション健診を健保に連絡なく追加した場合は全額個人負担です。