

# 人間ドック申込書

提出日	令和 3 年 11 月 1 日					
保険証	記号	番号	被保険者氏名	健保 太郎		
	1	12345				
自宅住所電話番号	〒123 - 4567 東京都世田谷区〇〇1-23-4 Tel 03 ( 3456 ) 7891					
所属	事業所名 <u>スタンレー電気株式会社</u> 人事 部 人事 課 係 (内線番号) 111					
受診申込医療機関	〇〇病院					
受診者	被保険者	氏名	続柄	性別	生年月日(年齢)	受診日
		健保 太郎	本人	男	昭和 46年 1月 1日 ( 50 歳)	令和 3年 12月 1日 予約済
	被扶養者	健保 花子	妻	女	昭和 45年 2月 2日 ( 51 歳)	令和 3年 12月 1日 予約済

## ▼申込について

対象者	受診日時点で30歳以上の被保険者と被扶養者	
自己負担額	5,000円	
申込方法	予 約	契約医療機関(スタンレー健保ホームページ)から予約する。その際「スタンレー健保名・受診者氏名・生年月日・住所」を伝えてください。
	提出書類	予約後、この申込書を下記のいずれかの方法でスタンレー健保に提出してください。 メール: kenpojimukyoku@stanley.co.jp 件名を「人間ドック申込の件 記号-番号 被保険者氏名」とし、本申込書をPDFに変換して添付してください。 社内便: 本社 健康保険組合宛 F A X: 03-6866-2273
	提出期限	受診日より15日前
注意事項	①申込された医療機関よりご自宅に『人間ドック必要書類』が郵送されます。 ②当日『健康保険証』を医療機関へ提示し、5,000円(自己負担金)をお支払いください。 ③海外赴任時および帰任時に実施する健診の場合は、当健康保険組合の人間ドック事業ではありません。内容や申し込み手続きは、勤務先へお問い合わせください。 ④当健康保険組合と各健診機関とが定めた検査項目以外の検査は、ご本人負担となります。 ⑤申し込み後、受診を取り消す等でキャンセル料が発生した場合は、ご本人負担となります。 ⑥申し込み後、受診日など予約の変更については、直接医療機関へ連絡してください。 ⑦受診日に当健保組合の資格を喪失している場合は、受診できません。 ※『けんぽ共同健診』と重複受診できません。 万一受診された場合は、健保負担分を含めた「人間ドック」に関わる全ての費用を負担していただきます。	

受診日にスタンレー健保の資格がなければ受けることができません。

受付印

## ▼個人情報について

健康保険組合は健診結果に基づく事後指導を効果的に行うため、健診機関から全ての検査項目の個人結果を取得することになりますので予めご了承ください。  
この申込書に記載のある受診者に係る保有した個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に保管し、皆様の健康の保持・増進のために行う健康指導、健康相談の目的以外には使用いたしません。