

人間ドック 申込書

兵庫トヨタ自動車健康保険組合 殿

私は、今回受診するドック等の結果を健康保険組合が本人の健康管理を目的として、勤務先や特定保健指導会社と共有する場合があることを同意した上で人間ドックの申込をいたします。

記入日 令和 8 年 月 日

健康保険 記号-番号	会 社 名		部 署 名	
—				
フリガナ		日中の連絡先	—	
氏 名			—	
生年月日	昭和 平成	年 月 日 ※ (満 歳)	性別	男・女

※令和9(2027)年3月末時点の満年齢をご記入ください。

受診施設コード ①～⑳	施設名			
受診コース (○を記入)	半日コース (負担金 7,000円)	日帰コース (負担金 13,000円)	2日コース (負担金 37,000円)	
脳オプション (○を記入)	Ⓐ 負担金 15,000円	Ⓑ又はⒸ 負担金 8,000円		
予約した 受診予定日	月 日 (曜日)		予約受付 担当者名	

※自己負担金は上記で選択された(受診コース+脳オプション+他のオプションの計)消費税込の金額となりますので各施設の窓口で直接お支払いください。

施設への電話予約が終わりましたら、すぐにこの申込用紙に必要事項を記入し、各会社の人事部・総務部のドック担当者へ送付いただきますようお願いいたします。
※なお、任意継続被保険者の方は健康保険組合へ直送でも結構です。

〔個人情報の取扱についてのお知らせ〕

申込書にご記入の氏名、生年月日等の個人情報は、施設への受診申込確認以外の目的には使用いたしません。また申込書は、個人情報が外部に洩れないように厳重に保管いたします。

保健事業の取組みとしての共有先は、勤務先、健康保険組合、人間ドック施設、健保指定の特定保健指導会社です。

★受付印

事務長	健保担当者	事業所担当者