

契約医療機関で人間ドックを受診される方は、ご自身で希望の医療機関へ予約後健康保険組合へこの用紙を提出してください。

(提出方法：E-mail(pdf添付)・FAX・社内メール・郵送)

E-mail : 担当者(熊木)アドレス宛 もしくは fec.kenpo.health@furukawaelectric.com

FAX番号 : 045-311-1489

年 月 日

契約医療機関 人間ドック予約報告書

記号・番号	-	電話番号	
被保険者氏名			
会社名・事業所		部署名	
受診者氏名		年齢	続柄
医療機関名			
受診日		受診コース	<input type="checkbox"/> 日帰コース <input type="checkbox"/> 1泊コース
受診オプション 検査の種類			
同意欄			
当健保組合が定める必須項目を、自己判断で未受診とした場合は健保補助対象外となることに同意します。 やむを得ない事情等ございます場合は、事前に健保へご相談ください。			<input type="checkbox"/>
人間ドック健診結果を、医療機関から当健保組合へ提出することに同意します。			<input type="checkbox"/>
個人負担分は、在職中に限り給与天引きにて支払うことに同意します。 ※任意継続者(記号9990)の方は <input checked="" type="checkbox"/> 不要です。			<input type="checkbox"/>

※ 当健保組合の定める必須項目は、当健保組合ホームページにてご確認ください。

※ 本紙提出後、予約内容を変更やキャンセルした場合は、健康保険組合までご連絡ください。

※ 在職者以外の個人負担分について

- ・任意継続者の方
- ・人間ドック受診後、資格喪失した方



請求書を送付いたしますのでお振込ください。

※ 今回受診する人間ドックを会社の定期健康診断に代用する場合

健診結果・問診票を事業所総務(衛生管理室・診療所等)へ別途提出して下さい。

※ 受付日付印

発信者印

発信者印