

2021年度 大同特殊鋼健康保険組合 人間ドック(被保険者・家族・任継)申込書

別紙「人間ドックのご案内」の内容を確認・承諾し、下記の通り受診の申込みを致します。

※○をつける

1. 受診者		健保コード	56404 401	対象者	被保険者	
申込日	2021 年 月 日	健保コード	56404 402	対象者	家族・任継	
保険証		氏名		生年月日	年齢	性別
記号	番号	ワガナ		昭・平		男 女
				年 月 日	才	
資料送付先住所				会社TEL		
〒 -				()		
				ご本人連絡先		
				()		

2. 希望医療機関

コードNo.(8桁)	医療機関名

(健保ホームページに記載の「健康保険組合契約先医療機関一覧」から、コードNo.と医療機関名を正確に記入してください。)

3. 希望日 (受診期間は4/1~2/28です。申込日より30日以上先の日付を記入してください)

第1希望	月 日 ()
第2希望	月 日 ()
第3希望	月 日 ()

※ 受診日決定後、日本健康文化振興会より資料送付先住所へ”受診票(A4サイズ)”が届きます。受診票を医療機関へ持参の上、受診をお願い致します。

4. 検査内容 (希望検査項目に”○”をする)

基本検査(全員受診) 窓口支払額 25,320円

※ 自費追加のオプション検査代金につきましては、本人窓口支払いとなります。

自費追加のオプション検査	1・子宮頸部細胞診	
	どちらかに”○”	2-A・乳房検査(視触診+マンモグラフィ) ※ 乳房検査に於いて、視触診”不可”病院の場合は
		2-B・乳房検査(視触診+乳房エコー) 視触診検査”削除”にて実施致します。予めご了承ください。
	3・骨密度検査(X線or超音波検査)	
	4・前立腺検査(男性50歳以上)	
	胃部内視鏡検査希望 ※ 差額発生時は本人窓口立替払い(基本検査=バリウム)	

※ 上記以外の追加希望検査は、”受診票到着後”又は”本人予約時”に希望医療機関へ申込みをお願い致します。(本人窓口支払いになります)

尚、追加検査により”基本検査日”の日程変更が発生した場合は連絡をお願いします。
又、追加検査の実施は別日時でも大丈夫です。(但し、~2/28までに実施:厳守!)

通信欄 (連絡事項はこちらへご記入ください)

--

送付先:

・社内便の場合→ケンポ 不破 宛

・郵送の場合は以下の宛先

・メール: KNP-FUWA@sog.daido.co.jp

〒456-0031愛知県名古屋市熱田区神宮二丁目3-30

・FAX:052-681-8718

大同特殊鋼健康保険組合 不破 行