

専門ドック受診申込書

＜申込日＞ 令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(フリガナ)		
所属(会社名・事業部門・部・課)				内線	外線	
受診者氏名			性別	年齢	生年月日	受診者区分
(フリガナ)			男・女		昭和・平成	1. 被保険者(本人) 2. 被扶養者(家族)
					年 月 日	
住所	〒				電話番号	
					() -	

↑こちらに記載していただいたご住所に健診案内等をお送りします。

＜記入方法＞

- 「希望する健診」欄の受診項目に○印をつけてください。
- 「医療機関名」欄は、「専門ドック提携医療機関一覧」から希望する健診機関名を選択して記入してください。
※「専門ドック提携医療機関一覧」は以下のいずれかの方法でご確認いただけます。
①レゾナック健康保険組合のホームページ⇒健診・専門ドックのご案内⇒「専門ドック提携医療機関一覧」
②レゾナック健康保険組合へお問い合わせいただく（TEL:03-5470-3542）
- 予約手続きの都合により、「希望する年月」欄には、申込日から1ヵ月以上の期間をあけて記載してください。
※医療機関の都合や混雑状況により、ご希望の日程で予約が取れないことがあります。

希望する健診	個人負担額	医療機関名(健診機関)	希望する年月
脳MRI・MRA	5,000円		年 月 上・中・下旬
肺ヘリカルCT	2,000円		年 月 上・中・下旬
胃内視鏡	2,000円		年 月 上・中・下旬

【ご注意ください事項】

- 受診日当日において、当健康保険組合の資格を喪失されている場合は受診することができません。
※資格喪失後に受診された場合、(脳:30,000～60,000円、肺:15,000～25,000円、胃:10,000～25,000円)の実費をご負担いただくことになってしまいますので、ご注意ください。
- 1年(4月～翌3月)に1回の申込とします。
※年度に1枚の申込書しか受理できません。
例えば、5月に脳MRI・MRA検査、12月に胃内視鏡検査を受診したい場合であれば、申込書を2枚に分けて提出するのではなく、1枚の申込書に2件をまとめてお申込みください。
- 35歳以上の方が対象です。(年齢算定は、4月1日をもって行います)
- 予約事務を委託している「一財」日本健康文化振興会より、日程調整や予約に関するご連絡を目的に、上記に記載していただいた電話番号(自宅・職場)へ、直接ご連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。
- ご記入いただいた個人情報は、利用目的の範囲以外では使用いたしません。
※医療機関や委託先から、受診者情報について健康保険組合に報告があることをご了承ください。
(健診結果は、健康保険組合には報告されません)