

## 専門ドック受診申込書

< 申込日 > 令和 ○年 ○月 ○日

被保険者等の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ	
	123	456789		健保 太郎		
所属(会社名・事業部門・部・課)				内線	外線	
〇〇株式会社 〇〇事業部 〇〇課				1234-5678	(0000)00-0000	
受診者氏名			性別	年齢	生年月日	受診者区分
(フリガナ) ケンポ タロウ			男・女 ○○	〇〇	昭和・平成	1. 被保険者(本人) 2. 被扶養者(家族)
健保 太郎					〇〇年 〇月 〇日	
住所	〒987-6543				電話番号	
	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号				( 1111 ) 11 - 1111	

↑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  
※「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  
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  
②レゾナック健康保険組合へお問い合わせいただく (Tel: 03-547-XXXX)
- 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か月以内  
※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場合があります。

各健診の受診希望時期や医療機関が異なる場合でも、  
(例：脳と肺は5月、胃は12月に受診したい)  
申込書は2枚に分けず、  
①年に1回(4月～翌3月)  
②申込書1枚  
でお申込みください。  
※年1回のお申込みとなっております。

希望する健診	個人負担額	医療機関(健診機関)	希望する年月
脳MRI・MRA	5,000円	△△健診センター	2021年 4月 上 ○中・下旬
肺ヘリカルCT	2,000円		2021年 4月 上 ○中・下旬
胃内視鏡	2,000円	〇〇病院	2021年 5月 上 ○中・下旬

### 【ご注意いただきたい事項】

- 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、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)

