



〔送付先〕 (株)バリューHR カスタマーサービス FAX : 0172-31-3088

受診を希望する契約健診機関にご自身で電話予約された後、予約内容を当申込書にご記入ください。
必要事項をご記入後、上記送付先にFAX送信してください。

ヨドバシカメラ健康保険組合 健診受診申込書

〈予約内容登録票〉

※ 太枠内の空欄を全て埋めてください。

キリトリ線

■ 被保険者情報			
健康保険組合名	ヨドバシカメラ健康保険組合		
被保険者(社員)	フリガナ		保険証記号 (○で囲んでください)
	氏名		1・2・3・4・5・6・91
所属事業所・店舗名 (任意継続被保険者は記載不要)		従業員番号	
		店舗コード	

■ 健診予約情報 / 支払情報			
受診者	フリガナ		性別
	氏名		男 ・ 女
受診予約日(西暦)		年 月 日 (曜日)	生年月日 (西暦)
予約した契約健診機関名		続柄	年 月 日
基本健診	受診する基本健診に○をつけてください。		婦人科検診(希望者)
		人間ドック (30歳以上)	乳がん検診
		ヨドバシとくとく健診(生活習慣病予防健診)	マンモグラフィー・エコー・無
胃部X線から胃カメラへの変更(人間ドックのみ)		有 ・ 無	子宮がん検診
			有 ・ 無
オプション検査	オプション検査も予約した場合に○をつけてください。(費用は個人負担です。)		個人負担額(単位:円)
		肺がん検査(胸部CT)	
		大腸がん検査(内視鏡検査)	
		前立腺がん検査(腫瘍マーカーPSA)	
		骨密度測定	
* 脳ドック、頭部MRI等の検査は、当欄には記入せず、別途「脳ドック受診費用補助金支給申請書」に領収書を貼付し、必要事項をご記入のうえ、ヨドバシカメラ健康保険組合にご提出ください。			
個人負担額	基本健診個人負担額(税込)		
	オプション検査費用合計(税込)		
	個人負担額合計(税込)		
費用支払方法	受診当日、契約健診機関の窓口で現金により個人負担額をお支払いください。		

■ 連絡先 / 送付先		
検査キットの送付先住所	〒 -	
受診承認書の送付方法	希望する送付方法を○で囲んでください。FAXの場合は、FAX番号をご記入ください。	
	FAX	() 備考
	郵送	(上記住所欄記載の住所宛に送付します。)
健診機関等からの連絡先 (日中に連絡がとれる電話を1つ記入してください。)	TEL(自宅)	()
	TEL(会社)	()
	TEL(携帯)	()

- 注1. 30歳以上の被保険者・被扶養者の方は、人間ドックまたはヨドバシとくとく健診(生活習慣病予防健診)を、30歳未満の被保険者・被扶養者の方は、ヨドバシとくとく健診(生活習慣病予防健診)を受診できます。
- 2. 被保険者の方は、健診にかかる費用(税込)のうち、9割を健保が補助しますので個人負担は費用(税込)の1割になります。被扶養者の方は、費用(税込)の全額を健保が補助しますので個人負担はありません。なお、併せて婦人科検診を希望された場合は、その費用(税込)も全額を健保が補助します。

お問合せ先
(株)バリューHR カスタマーサービス TEL : 0570-075-707 受付時間 9:30 ~ 18:00 (休業日:土日祝)