

〔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。

■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	被保険者等記号(○で囲んでください)	1・2・3・4・5・6・7・91
	氏名	被保険者等番号	
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	男・女
	氏名	生年月日(西暦)	年 月 日
受診予約日(西暦)		年 月 日(曜日)	続柄
予約した契約健診機関名		被保険者本人・被扶養配偶者・被扶養者	
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	マンモグラフィ・エコー・無
	ヨドバシとくとく健診(生活習慣病予防健診)	子宮がん検診	有・無
胃部X線から胃カメラへの変更(人間ドックのみ)		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 9:30~17:00(休業日:土日祝)