

〔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。

記入例

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	ケンボ タロウ	保険証記号 (〇で囲んでください。)
	氏名	健保 太郎	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)	ヨドバシカメラ〇〇店・〇〇部		従業員番号
			店舗コード
			〇〇〇〇
			〇〇〇〇
			〇〇

■健診予約情報/支払情報			
受診者	フリガナ	ケンボ ハナコ	性別
	氏名	健保 花子	男 ・ 女 (女)
受診予約日(西暦)	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日 ( 〇 曜日 )		続柄
予約した契約健診機関名	〇〇〇病院		
基本健診	受診する基本健診に〇をつけてください。		婦人科検診(希望者)
	<input type="radio"/>	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・エコー・無
		子宮がん検診	有 (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 (無)		
オプション検査	オプション検査も予約した場合に〇をつけてください。(費用は個人負担です。)		個人負担額(単位:円)
	<input type="radio"/>	肺がん検査(胸部CT)	0,000 円
		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)		0 円
	オプション検査費用合計(税込)		0,000 円
	個人負担額合計(税込)		0,000 円
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	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇都〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇 マンション名 部屋番号
受診承認書の送付方法	希望する送付方法を〇で囲んでください。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) 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇
	TEL(会社) ( )
	TEL(携帯) ( )

※健診内容、ご予約等で不明な点がございましたら  
(株)バリューHR カスタマーサービス(TEL0570-075-707)  
まで直接お問い合わせください。

- 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

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)