

〔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	被保険者等記号 (〇で囲んでください)
	氏名	健保 太郎	1・2・3・4・5・6・7・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		被保険者番号
			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・ <input checked="" type="radio"/> 女
受診予約日(西暦)	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日 (〇 曜日)		生年月日(西暦)
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
	<input type="radio"/>	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
胃部X線から胃カメラへの変更(人間ドックのみ)		<input type="radio"/>	マンモグラフィー・エコー・無 <input checked="" type="radio"/> 有・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
	<input type="radio"/>	大腸がん検査(内視鏡検査)	
	<input type="radio"/>	前立腺がん検査(腫瘍マーカーPSA)	
	<input type="radio"/>	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
	<input checked="" type="radio"/> 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)	()

- 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。
- 注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ありません。なお、併せて婦人科検診

※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。

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)