

人間ドック 申込書

健診機関 御中

事業所名(会社名)

(所属)

()

健診プログラムコード : 010

被保険者証記号

番号

受診日 令和 年 月 日 時 分

申 込 者

令和 年 月 日(申込書提出日)

フリガナ		男・女		年 齡
受診者名		被保険者・被扶養者	S・H 年 月 日生	歳
現住所	〒	電 話	職場 自宅	

下記の追加検査（オプション）の予約もお願いいたします。予約した場合は○をおつけください。

追加検査項目 (検査料セイコー健保負担)	男 性	PSA(前立腺腫瘍マーカー) : 50歳以上	
	女 性 (年齢制限なし)		子宮頸部細胞診
		乳腺エコー	
		乳房マンモグラフィ	

※ 乳腺エコー・マンモグラフィは両方受診することもできますが、その場合は一方の検査料は自己負担となります。上記以外の追加検査を受ける場合は全額自己負担、胃カメラは胃部X線との差額負担となります。受診当日窓口にてお支払ください。

■セイコー健保記入欄 資格区分 : ()

保険者番号 0 6 1 3 5 4 0 4

〒104-0061 東京都中央区銀座1丁目20番14号

KDX 銀座一丁目ビル6階

セイコー健康保険組合

TEL 03-3564-5480

(利用上のご注意)

1. 予約が取れましたら、必要事項を漏れなく記入して、勤務先の人事担当部門へご提出ください。（任意継続被保険者の方は、直接健康保険組合にお送りください。）
2. 健康保険組合で受付後、利用券をお送りいたしますので、受診日に健診機関にお持ちください。
※記載された個人情報は、人間ドックの利用手続き以外の目的には利用いたしません。
3. 健診結果は、健康保険組合も健診機関から提供を受けることになります。申込書をご提出いただいたことで同意を得たものとさせていただきます。
4. 料金一覧（直接健診機関へ受診日にお支払ください）

被保険者・被扶養者	人間ドック	25,000 円
	聖路加でのドック	30,000 円

※自己負担の追加検査を受診する場合は別途料金が加算されます。

5. 健診機関から送付される『結果表』のコピーを速やかに人事担当部門（健康相談室、医務室等を含む）に提出してください（被扶養者を除く）。