

⑨ 事前申請（予約後、受診前に申請して下さい。）

| | | |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

短期人間ドック申請書（任意受診）

申請日：令和 年 月 日

| | | | | | | |
|-----------|----------------|--------|--|----|--|--|
| 記号・番号 | — | 被保険者氏名 | フリガナ | | | |
| 事業所名 | | | | | | |
| 受診者氏名 | フリガナ | 続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 住所 連絡先 | 〒 — | | | | | |
| | Mail : | TEL : | — | — | (自宅・携帯) | |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 (歳) | | | | | |

※受診項目案内のパンフレットや医療機関HPの受診コース掲載ページを資料として必ず添付してください。

| | | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|---|--|--|--|
| 利用健診 機関名 | | | | | |
| 受診日 (予約日) | 令和 年 月 日 (曜日) | | | | |
| オプション (女性のみ) | <input type="checkbox"/> a. マンモグラフィ | 左記の a、b、c の同時受診が可能となりました。 合計 ¥20,000 以内であれば追加受診が可能です。 申込んだ項目の <input type="checkbox"/> に✓をつけて下さい。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> b. 超音波 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> c. 子宮がん検査 | | | | |

■ 申請から受診までの流れ

ご予約後イマジカ健康保険組合へ申請します。「人間ドック利用者通知書」を発行しますので、保険証・自己負担金とともに持参し予約日に受診して下さい。

■ 注意事項

- * 太枠内を必ずご記入下さい。記号・番号、事業所名は保険証に記載しています。
- * 40歳以上、かつ資格取得後6ヶ月が経過した方が申請できます。なお1年度1回しか受診できません。
- * **人間ドック受診日の第5営業日前までに、時間に余裕を持ってご申請下さい。**
- * 予約日・内容に変更が生じた場合、必ずイマジカ健康保険組合にご連絡下さい。
- * オプションは上記条件の**婦人科のみ**追加が可能です。脳ドック等他のオプションは対象外です。
- * 組合の承認を受けずに受診し、その後ご申請されても一切お受けできません。

■ 申込書提出先・問い合わせ先

イマジカ健康保険組合

〒141-0022 東京都品川区東五反田2-14-1 9号館4階

TEL : 03-3280-7575 / FAX : 03-3280-7574 / Mail : support@imagica-kenpo.or.jp

| | | |
|-------|-------|----|
| 組合処理欄 | | |
| 受付日 | 年 月 日 | 備考 |
| 取得年月日 | 年 月 日 | |