

直接契約医療機関

☐	生活習慣病予防健診
☒	婦人健診
☐	人間ドック(年度内35歳以上対象)

○「個人情報の取扱いについて」を良く読み、同意の上、申込責任者は、申込者全員の同意を得たうえで同意欄に必ずチェック(✓)を入れてご申請ください。

健康保険 記号		227	事業所名		(株)タケイディスプレイ		☒ 社 ☒ 印 ☒ 之 ☒ 会
事業所 所在地		〒 171-0022 東京都豊島区南池袋◇-◇-◇ アドタワー10F					
申込責任者 (ご担当者名)		健保 太郎		同意欄	☒	TEL	03-3576-3511
受診 医療機関名		鳩ヶ谷総合病院					
申 込 者 内 訳	健康保険 番号	フリガナ 氏 名	受診日	被保険者	被扶養者	備考	
	1	350	ケンポ ハナコ 健保 花子	3月1日	☒	☐	婦人健診
	2				☐	☐	
	3	受診日について 例：申請日「2019年11月1日」 受診日「3月1日」と記入 ↓ 申請日の翌年にあたる 「2020年3月1日」として受付処理いたします。					
	4				☐	☐	
	5				☐	☐	
	6				☐	☐	
	7				☐	☐	
	8				☐	☐	
	9				☐	☐	
10				☐	☐		

申込書の中で「生活習慣病予防健診」、「婦人健診」、「人間ドック」が混在する場合は備考欄に健診名を記入してください。

上記の通り、東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合の補助を希望のうえ、受診いたします。
 東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合理事長殿 2019 年 11 月 1 日

- ※ 生活習慣病予防健診、婦人健診、人間ドックは、お1人様いずれか年度内1回のみ補助の対象となります。
(年度内に事業所間での異動、任意継続に変更された場合も同様です)
- ※ 医療機関に予約後、この受診申込書を必ず健保にご郵送ください。
- ※ 受診医療機関ごとに作成してください。
- ※ 生活習慣病予防健診、婦人健診、人間ドックを受診される方が申込書の中で混在する場合は備考欄に健診名を記入してください。
- ※ 本請求書は事前申請となりますので、上記の「受診日」は申請日以降の年月日として受付いたします。

記入例

直接契約医療機関

☐

☒

☐

生活習慣病予防健診
婦人健診
人間ドック(年度内35歳以上対象)

受診申込書

続紙

健康保険 記号		227	事業所名		(株)タケイディスプレイ		
受診 医療機関名		鳩ヶ谷総合病院					
	健康保険 番号	フリガナ 氏名	受診日 (和暦)	被保険者	被扶養者	備考	
申込者 内訳	11	200	タケイセツコ 組合 合子	3月1日	☐	☒	婦人健診
	12				☐	☐	
	13				☐	☐	
	14				☐	☐	
	15				☐	☐	
	16				☐	☐	
	17				☐	☐	
	18				☐	☐	
	19				☐	☐	
	20				☐	☐	
21				☐	☐		
22				☐	☐		
23				☐	☐		
24				☐	☐		
25				☐	☐		

受診日について
例：申請日「2019年11月1日」
受診日「3月1日」と記入
↓
申請日の翌年にあたる
「2020年3月1日」として受付処理いたします。

申込書の中で「生活習慣病予防健診」、「婦人健診」、「人間ドック」が混在する場合は備考欄に健診名を記入してください。

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 TEL 03-3576-3511

※こちらは続紙です。受診申込書に記入しきれなかった場合にご使用ください。