

人間ドック利用申込書

ニューオータニ健康保険組合 御中
下記のとおり申し込みます。

	記号・番号	.	内線番号	
受診される方について	利用者名	(フリガナ)		所属名
	性別	男	・	女
	生年月日	年	月	日
	現住所	(フリガナ)		
	TEL (携帯可)	-	-	
	e-mail (任意)		@	
人間ドックの内容について	病院名			
	希望オプション			
希望日	第1希望	年	月	日 ()
	第2希望	年	月	日 ()
希望コース	半日ドック		・	一泊ドック
注意事項	※ やむを得ず受診日を変更したい場合は、ご自身で病院との日程調整をお願いいたします。 また、変更された場合は、必ず健保組合へご連絡ください。 ※ 受診日の確定後にオプションの追加を希望された場合、追加分のオプションが取れない場合や受診日が変わる場合がございますので、予めご了承ください。			

以下については、被保険者（従業員）は必ず記入して下さい。

【今年度の健康診断の受診 および 会社への健診結果の提供について】

該当する内容の「チェック欄」に✓を記入して下さい。

チェック欄	今年度の健康診断について	会社への健診結果提供について	補助
	会社の健診の代わりに人間ドックを受診する	会社に提供することに 同意する	⇒ 会社と健保
	会社の健診の代わりに人間ドックを受診する	会社に提供することに 同意しない	⇒ 健保のみ
	人間ドックと会社の健診を受診する		⇒ 健保のみ

個人情報の取扱いについて

この申込書により取得した個人情報は、人間ドックの受診に関わることに利用いたします。利用者への個別連絡、契約医療機関への申し込み、事業主への請求目的以外で利用することはありません。