

# 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	
フリガナ				所属名
利用者名				
性別	男・女	生年月日	昭和	年 月 日
フリガナ				
現住所	〒  TEL			
病院名				
	希望オプション			
希望日	第1	年 月 日 ( )		
	第2	年 月 日 ( )		
希望コース	半日ドック . 一泊ドック			
今年度の健康診断について	人間ドックのみを受診する . 人間ドックと会社の生活習慣病健診を受診する			
事業主への結果提供について (被保険者のみ回答してください)	今回受診する人間ドックの結果が、健保組合を通して所属する事業主へ提供されることに  同意します . 同意しません			
備考	※ 補助について…今年度の健康診断について「人間ドックのみを受診する」を選択し、事業主への結果提供について「同意します」を選択された場合は、 <u>会社と健保の双方から補助</u> を受けることが出来ます。 「人間ドックと会社の生活習慣病健診を受診する」又は 事業主への結果提供について「同意しません」のいずれかを選択された場合は、 <u>健保からの補助のみ</u> となります。 ※ 人間ドックの結果は、病院から健保組合にも提供されますので予めご了承下さい。			