

人間ドック受診

継・特退専用

- 【手順】 ①契約医療機関へ電話予約 ②この用紙をFAXまたはコピーを郵送
③受診当日受診票を医療機関へ提出 ④会計時に補助金（受診当日持参するもの）

お間違えのないよう
気をつけてください！

FAX : 0465-32-2188

受診票の送信先：富士フィルムグループ健保

- 医療機関から指定されたもの
- この受診票
- 健康保険被保険者証
- 健診費用の自己負担金

| | | | | |
|--------|----------------------|----|----|------|
| 被保険者証 | 記号 | 76 | 番号 | 1000 |
| 被保険者氏名 | 富士 健保 | | | |
| T E L | (自宅・携帯) 0465-32-2223 | | | |

■枠の中を記入して下さい。選択肢のあるものは○をしっかりとして下さい。
■契約医療機関に、直接電話で予約して下さい。

| | | | | | |
|----------------|--|--------------------------------|--------------|-----|-------------|
| 予約内容 | 受診する医療機関の名称 <small>健保契約の医療機関に限る</small> | 富士フィルムグループ健康管理センター | | | |
| | 受診年月日 | 2024年4月1日 | | | |
| | 被保険者本人 | ふりがな | ふじ やすこ | 性別 | 男・ 女 |
| | | 氏名 | 富士 保子 | 男・女 | |
| | 生年月日/年齢 | 1978年12月30日生 / 受診当日の年齢 45歳 | | | |
| 受診コース | 胃部検査 どちらかに○ ⇒ | 内視鏡 X線(バリウム) | | | |
| | 婦人科検査 受診項目に○ ⇒ | 乳エコー 乳マンモ* 子宮頸がん | | | |
| 被扶養配偶者 | ふりがな | | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | | 男・女 | |
| | 生年月日/年齢 | 年 月 日生 | / 受診当日の年齢 歳 | | |
| | 受診コース | 胃部検査 どちらかに○ ⇒ | 内視鏡 X線(バリウム) | | |
| 婦人科検査 受診項目に○ ⇒ | | 乳エコー 乳マンモ* 子宮頸がん | | | |

※年度内 45歳・50歳・55歳・60歳の方はマンモとエコー両方補助可

<受診者の方へ>

- 申込は40歳以上64歳未満の被扶養配偶者の方で、年度(本年4/1~翌年3/31)内に1回契約医療機関へ電話予約して下さい。
配偶者が同じ日に受診の場合に記載してください 該当しない場合は補助の対象になりません。
- この受診票原簿は、受診当日医療機関へ提出して下さい。ご夫妻で受診日または受診医療機関が異なる場合は、1枚ずつ提出して下さい。
- 記入後すみやかに健保へFAXまたはコピーを郵送して下さい。
この申込書の記載内容は個人情報を含んでいます。
FAXされる際は送信先をお間違えなく番号には十分ご注意の上送信して下さい。
郵送の場合：〒250-0001 神奈川県小田原市扇町2-12-1 富士フィルムグループ健康保険組合宛
- 会計の際には、健保補助金額を除いた自己負担分のみお支払下さい。「脳ドック」「胸部ヘリカルCT」検査を同時に受診した場合には、「補助金請求書」に領収書を添付、健保まで郵送して下さい。
- 健診結果については、当健保が医療機関より直接入手し「富士フィルムグループ健康保険組合個人情報保護方針」に基づき適切に取り扱います。

<契約医療機関様へ>

- 当日の費用清算は、健保補助金額を除いた自己負担金額のみ徴収願います。