*人間ドック受診票* **任継・特退専用**

**＜受診手順＞ ①契約医療機関へ電話予約　②本用紙枠内記入後健保へFAXまたはコピーを郵送**

**③受診当日本用紙を医療機関へ提出　④受診後健保補助差引金額を支払い**

|  |
| --- |
| **ＦＡＸ：０４６５－３２－２１８８**  **受診票の送信先：富士フイルムグループ健保** |

■**枠の中を記入して下さい。選択肢のあるものは○をして下さい。**

■**契約医療機関に、直接電話で予約して下さい**。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等 | 記号 |  | 番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | | | |
| ＴＥＬ | （自宅・携帯） | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予約内容 | 受診する医療機関の名称  **健保契約の医療機関に限る** | | |  | | | |
| 受 診 年 月 日 | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 被保険者　本人 | ふりがな | |  | | | 性別 |
| 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　どちらかに〇** | | **⇒** | 内視鏡　　　X線（バリウム） | |
| **婦人科検査　受診項目に〇** | | **⇒** | 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 |
| 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　どちらかに〇** | | **⇒** | 内視鏡　　X線（バリウム） | |
| **婦人科検査※受診項目に〇** | | **⇒** | 乳エコー　乳マンモ**※**子宮頸がん | |

**※年度内40歳･45歳･50歳･55歳・60歳の方はマンモとエコ―両方補助可**

**＜受診される方へ＞**

■以下の要件を満たした方へ補助いたします。すべてに該当しない場合は、補助の対象になりません。

**・40歳以上の被保険者　・40歳以上の被扶養配偶者　・年度(本年4/1～翌年3/31)内に1回**

**・契約医療機関で受診　 ・全項目を受診（但し当日の医師判断の場合は可）**

■本受診票原本は、受診当日医療機関に提出して下さい。

■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の場合：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 富士フイ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をお支払下さい。「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、全額負担後「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「富士フイ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＞**

■当日は、契約済の健保補助金額を除いた金額を徴収願います。