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○ ⇒	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
	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 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。

KE016-15

富士フイルムグループ健康保険組合