人間ドック等利用案内書発行申込書

健診機関名						
受診年月日	令和　　年　　月　　日（　　曜日）					
受診区分 該当を○で囲んでください （対象者）	・人間ドック （35歳以上）	・婦人科検診 （女性）	・脳ドック （55歳以上被保険者）	・PET検診 人間ﾄﾞｯｸ込 （45歳以上被保険者）	・PET検診 単独 （45歳以上被保険者）	
被保険者等 記号		フリカ゛ナ				
被保険者等 番号		氏名				
生年月日	S・H　　年　　月　　日			区分	被保険者 ・ 被扶養者	
				性別	男 ・ 女	
被保険者住所	〒　　－					
事業所名						

上記のとおり申し込みます。

令和　　年　　月　　日

静岡県信用金庫健康保険組合　殿

※利用上の注意※

1. 健診機関名・受診年月日は、健診の予約内容を確認のうえ記入してください。
2. ［受診区分］人間ドック、婦人科検診、脳ドックを併せて受ける方は、該当項目すべてに○印をしてください。（健保組合の補助を利用しない受診区分は、○を付ける必要はありません。）
3. 人間ドック等利用案内書は後日送付します。
4. 人間ドック等利用案内書を健診機関窓口にご提出いただき健診費用一部負担金をお支払いください。

健診費用一部負担金　　人間ドック…… 被保険者 ・被扶養者 ともに 3割
婦人科検診 …… 被保険者 ・被扶養者ともに 3割
脳ドック……被保険者のみ3割（55歳以上かつ1回に限る）
PET検診……被保険者のみ3割（原則45歳以上）
（注）脳ドック・PET検診は、被扶養者に対する補助はありません。

※個人情報保護法に係る静岡県信用金庫健康保険組合の取扱いについて※

当組合では個人情報保護の重要性を十分に認識し、業務遂行に当たって守秘義務の徹底・個人情報管理の徹底を図り、個人情報保護に万全を期します。

人間ドック費用等当組合補助の利用に際し、記載いただいた内容、健診結果及びこれに基づいて実施する特定保健指導等は、被保険者・被扶養者の健康の保持・増進を目的として健診機関・保健指導機関・事業主と共同利用いたします。

当申込書をご提出いただくことにより、上記について利用者が同意されたものと見做します。

静岡県信用金庫健康保険組合