

指定健診機関以外健診申込書

平成 年 月 日

被保険者証 記号-番号	—	
受診者氏名 (被保険者)	印	
生年月日・年齢	昭和 年 月 日	歳
受診者氏名 (配偶者)	印	
生年月日・年齢	昭和 年 月 日	歳
指定外受診希望医療機関名		
指定外受診希望理由		

下記実施要項に基づき、組合指定健診機関以外の自己の選択する健診機関で受診したいので申し込みます。

1. 健康診断費用については年1回(4月1日~翌年3月31日の間を年1回とする)を限度とし、一次健診費用を当組合で定める補助額を支給します。(ホームページ参照)

* 請求先 住商連合健康保険組合
〒541-0041 大阪市中央区北浜4丁目7番28号
TEL (06) 6222-6166

* 請求方法

別紙組合指定の「健康診断費用請求書(指定健診機関以外用)」に必要事項を記入し、健診結果の写しと領収書(原本)を添付のうえ事業所担当者経由で速やかに請求してください。

この場合の領収書は、健康診断受診者名、受診日、健診種目(人間ドック等)、受診健診機関名、及び健診機関の印、健康診断料金の明記のものとなります。

2. 二次検査(再検査・精密検査)等に伴う費用については、保険診療(自己負担が必要)となります。

事業所名:

事業所担当者名: _____ 印