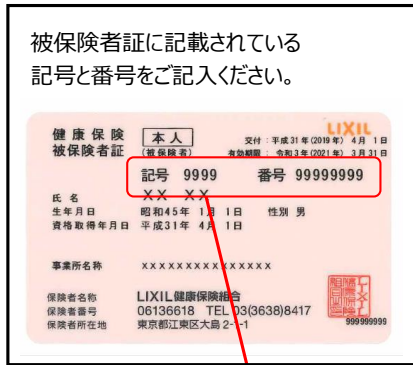


記入説明



被保険者欄は受診者ではなく、従業員ご本人の氏名をご記入ください。

人間ドック利用券交付申請書【家族用】

※こちらは利用券ではありませんので、受診機関に持参しないようご注意ください。
ご自身で利用券を発行できない方が、健保に申請するための用紙です。

被 保 険 者	保険者証		フリガナ	ケンポ タロウ
	記号	番号	氏名	健保 太郎
	***	***		

受診されるLIXIL健保の契約医療機関をご記入ください。
契約医療機関外で受診する場合は、利用券は使用できません。(申請不要)

受診される方の情報をご記入ください。

予約された受診コースをチェックしてください。

ご 受 診 者 (家 族)	フリガナ	ケンポ ハナコ	生年月日(西暦)	年齢	続柄	
	氏名	健保 花子	西暦****年 3月 3日	50 歳	妻	
人 間 ド ク ク 受 診 内 容	医療機関名	*****クリニック				
	受診日	西暦	2024	年	6 月 15 日	
	受診コース	<input checked="" type="checkbox"/> 一般ドック				
		<input checked="" type="checkbox"/> 胃内視鏡に変更 *別途料金が発生する場合は、自己負担となります				
		婦人科検査 (女性の方のみチェック) <small>* 医療機関により実施可能検査が異なります。 詳細はLIXIL健保 ホームページ掲載の「契約医療機関一覧表」をご確認ください。</small>	子宮がん検査	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	
	乳がん検査	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない			
		↓ どちらかを選択ください。		<input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> エコー	
受診者の検査結果票、問診票(質問票)を医療機関よりLIXIL健康保険組合が受取ることに同意します。						
<input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意						
※同意いただけない場合は受診料金の全額が自己負担となります。						

チェックしてください。

利用券の送付先をご記入ください。

利 用 券 送 付 先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()
	〒 ****-****
	東京都**区***** 1-1-1 TEL: **-****-****

申請書をエクセルで作成される場合は、受診日と生年月日はドロップダウン表示が出ますので、こちらより選択してください。
(例)

決議欄	伺年月日	令和 年 月 日	事務長	担当者
	利用券発行日	令和 年 月 日		

人間ドック利用券交付申請書【家族用】

※こちらは利用券ではありませんので、受診機関に持参しないようご注意ください。
 ご自身で利用券を発行できない方が、健保に申請するための用紙です。

被保険者	保険者証		フリガナ	
	記号	番号	氏名	

(ご家族)	受診者	フリガナ		生年月日(西暦)	年齢	続柄
		氏名		年 月 日	歳	
人間ドック受診内容	医療機関名					
	受診日	西暦	2024	年	月	日
	受診コース	<input type="checkbox"/> 一般ドック				
		<input type="checkbox"/> 胃内視鏡に変更 *別途料金が発生する場合は、自己負担になります				
		婦人科検査 (女性の方のみチェック) <small>*医療機関により実施可能検査が異なります。 詳細はLIXIL健保 ホームページ掲載の「契約医療機関一覧表」をご確認ください。</small>	子宮がん検査	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	
	乳がん検査	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない			
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー	 どちらかを選択ください。			
受診者の検査結果票、問診票(質問票)を医療機関よりLIXIL健康保険組合が受取ることにご同意します。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意						
※同意いただけない場合は受診料金の全額が自己負担となります。						

利用券送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 () 〒 _____ _____ TEL : _____
--------	---

《必ずお読みください》

受診機関への予約(変更・キャンセル含む)はご自身でお手続き下さい

予約の変更がある場合、受診機関へ連絡した後、利用券をご自身で手書き修正してご使用ください。

下記に該当する場合は費用が全額自己負担となります

- ・医療機関へ「人間ドック利用券」を提出しなかった
- ・受診日当日、LIXIL健保に加入していない
- ・定期健診を含む他の健康診断と重複受診している

受診期間について

2024年4月1日～9月30日(厳守)です。