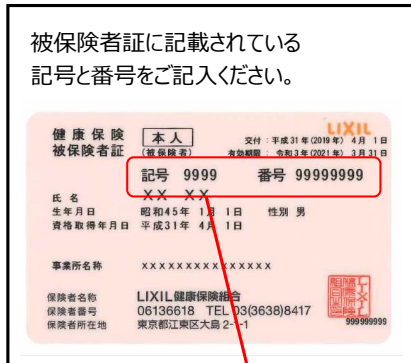


# 記入説明

被保険者証に記載されている  
記号と番号をご記入ください。



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)

## 人間ドック利用券交付申請書【本人用】

※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	ケンボ タロウ	生年月日(西暦)	年齢
	記号	番号	氏名	健保 太郎	西暦****年 3月 3日	47 歳

予約された受診  
コースをチェック  
してください。

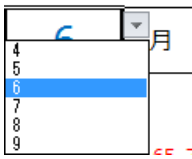
人間 ド ク ク 受 診 内 容	医療機関名	*****クリニック				
	受診日	西暦	2024	年	6	月 15 日
	受診コース	<input checked="" type="checkbox"/> 一般ドック <input type="checkbox"/> 一般ドック + 脳検査 <small>*脳検査の対象は今年度中に40、45、50、55、60、65、70歳・・・5歳刻みの被保険者のみです。</small>				
		<input checked="" type="checkbox"/> 胃内視鏡に変更 <small>*別途料金が発生する場合は、自己負担になります</small>				
	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"/> マリウグラフィ	<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 受取ることに同意します。						
<input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意						
<small>※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。</small>						

チェックしてください。

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: ****-*****	

利用券の送付先をご記入ください。

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		

こちらは被保険者専用の申請書になります。  
ご家族の申請は、家族用をご利用ください。

## 人間ドック利用券交付申請書【本人用】

※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	生年月日(西暦)			年齢
	記号	番号	氏名	年 月 日			歳
				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"/> 一般ドック + 脳検査 <small>* 脳検査の対象は今年度中に40、45、50、55、60、65、70歳・・・5歳刻みの被保険者のみです。</small>						
		<input type="checkbox"/> 胃内視鏡に変更 <small>* 別途料金が発生する場合は、自己負担になります</small>						
		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		
↓ どちらかを選択ください。 <input type="checkbox"/> マネグラフィ <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 type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <small>※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。</small>								

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。