

健康診断を受診する（した）とき

理美けんぽの健診を指定医療機関¹で受診するときは、健診コース¹の内容をご確認のうえ、「受診申込者名簿」にてお申し込みください。なお、指定医療機関で受診できない場合には、補助金²が支給されます。別途「健康診査補助金支給申請書」にてご請求ください。

1. 指定医療機関および健診コースについては、PC版ホームページまたは事業主様に配布しております「健康診断のご案内」をご覧ください。
2. 指定医療機関で実施する各健診コースに準じた検査項目を受診していることが条件となります。
3. 受診日当日は、保険証・必要書類など忘れずに持参してください。

指定医療機関で受診する場合

申請書類：「受診申込者名簿」（単票）¹ 医療機関毎に1枚でお申し込みください。

申込期限：指定医療機関に予約後すみやかに

添付書類：不要

別紙1
契約健診機関用
年 月 日

全日本理美容健康保険組合
生活習慣病健診・特定健診 受診申込者名簿

医療機関名をご記入ください。

受診希望医療機関 ABCクリニック

事業所名称 株式会社 ご担当者様名 健保 太郎

事業所住所 東京都中央区日本橋大伝馬町 - - 電話番号 03-1234-5678

保険証の記号 1234 合計 5名

番号	氏名	性別	区分	生年月日	申込コース	予約日
1	健保 一郎	男	本人	S13年 4月 1日	A1・A2・B・D	5月10日
2	健保 太郎	男	本人	S47年 5月 11日	A1・A2・B・D1	5月17日
2	健保 花子	女	本人	S50年 3月 3日	A1・A2・B・D1	6月1日
3	理容 健太	男	本人	S58年 10月 9日	A1・A2・B・D1	7月20日
4	美容 保子	女	本人	S62年 6月 10日	A1・A2・B・D1	7月20日
		男	本人	年 月 日	A1・A2・B・D1	月 日
		女	本人	年 月 日	A1・A2・B・D1	月 日
		男	本人	年 月 日	A1・A2・B・D1	月 日
		女	本人	年 月 日	A1・A2・B・D1	月 日
		男	本人	年 月 日	A1・A2・B・D1	月 日
		女	本人	年 月 日	A1・A2・B・D1	月 日

問診票・結果票送付先 事業所 本人

健診料金請求先 事業所 本人

希望するところにチェックを入れてください。

ご希望の健診コースを で囲んでください。

各々の健診予約日を ご記入ください。

被保険者の番号をご記入ください。

被保険者・被扶養者の別を で囲んでください。

申込人数をご記入ください。なお、1医療機関の受診で複数枚にわたりご記入いただく場合は、総人数をご記入ください。

* この名簿は、受診を希望する医療機関へFAXにて送付してください。
 * 保険証の記号・番号、氏名、生年月日、申込コース等、記入もれのないようご確認ください。
 * 医療機関の都合により予約日はご希望に添えない場合があります。ご了承ください。
 * 受診日当日は、保険証・必要書類など忘れずに持参してください。

医療機関様へお願い
 この名簿を確認されましたら、事業所ご担当者様までご連絡のうえ受診日等の調整をお願いいたします。
 健診コースに応じて下記負担金の徴収をしてください。

A1コース	A2コース	Bコース	D1コース	乳がん・子宮がん検診
1000円	3500円	5000円	15000円	各10000円 自己負担金は無料

受診日当日に保険証を忘れた方の資格確認等につきましては、全日本理美容健康保険組合までご連絡ください。
 問い合わせ先：全日本理美容健康保険組合 電話：03-6661-6106