

2024年度「人間ドック補助」例外適用希望届or変更届

所属(就業)会社

被保険者氏名

保険証 記号

保険証 番号

2024年度の人間ドック補助について、下記のとおり例外適用を希望します。
社員の健診受診の予定確認などの目的のため、
申請内容を健保と会社で情報共有することに同意します。(任継者除く)

(1) 契約外健診機関で受診を希望される方の氏名

被保険者/被扶養者

被保険者の場合、社員番号

(2) 人間ドック健診医療機関

(〒都道府県から)

(健診コース名)

(3) 人間ドック受診予定

年

月

(4) 希望理由

↓該当に○を記入

a) 現在治療通院中(または術後経過観察通院中)の病院で受診したい

b) もしも治療が必要になった時に、通院できる病院で受診したい

c) 契約病院だが、希望する健診コース(オプション検査)が契約されていないため

d) 会社で定期健診を受診するため、人間ドックは会社補助の適用が受けられない。
予約登録システムに登録すると会社補助の対象となるため例外対応を希望する。

e) 契約健診機関が居住地から遠い

所用時間

分

f) 特別な割引を適用させたいため

g) 前年度と同じ健診施設で、人間ドックを受けたい。

h) その他の理由または、契約病院では受診できない理由が何かあれば、下枠に記載

(5) 今回希望された病院と2025年度以降契約できた場合、同様の受診を希望しますか？

(はい、いいえ)

(6) 病院との契約交渉の際、お名前伝えても良いですか？

(はい、いいえ)

健保記入欄