

人間ドック等申込書 A

【個人情報の取扱についてのお知らせ】

申込書にご記入いただいた、住所、氏名等の個人情報は、施設への受診申込確認以外の目的には使用いたしません。また申込書は、個人情報が外部に洩れないように、厳重に保管いたします。
兵庫トヨタ自動車健康保険組合

兵庫トヨタ自動車健康保険組合 殿

私は、今回受診するドック等の結果を、健康保険組合が本人の健康管理を目的として、勤務先と共有する場合がありますことに同意した上で、ドックを申し込みます。

記入日 平成 年 月 日

※平成31年3月末時点の満年齢をご記入ください。

フリガナ				生年月日	昭和	年	月	日 (満)	男・女
氏名	(印)				和				歳
自宅住所	〒 [] [] [] - [] [] []				自宅 TEL	-	-	-	-
					日中の連絡先 TEL	-	-	-	-
保険証 記号番号	記号	-	番号	会社名				部署名	
	-								

I 受診する施設、コース (予約された施設、コースに○印をおつけください)

I 受診する施設、コース (予約された施設、コース、オプションに○印をおつけください)

○印	契約施設	平日コース	日帰コース	2日コース	脳検査オプション	自己負担金	窓口精算 カード決済
		各施設での名称					
	① JCHO神戸中央病院 本 院	半 日	日 帰	2 日		① 15,000円	可
	② JCHO神戸中央病院 ハーバート健康管理クリニック	半 日	日 帰				×
	③ 岡本クリニック	半 日	日 帰		消化器専門コース 呼吸器専門コース 脳専門コース	① 15,000円	×
	④ 京都工場保健会 神戸健診クリニック	生活習慣病	半 日				可
	⑤ KKCウエルネス 神戸健診クリニック	生活習慣病(半日)	日 帰				可
	⑥ 神戸百年記念病院	半 日	1 日			① 15,000円	可
	⑦ 川崎 病 院		半 日	1 泊		① 15,000円	可
	⑧ 兵庫県健康財団 保健検診センター	ベーシックコース	プライマリーコース			① 15,000円	×
	⑨ 兵庫県予防医学協会 健康ライフプラザ	2時間ドック	半日ドック			① 15,000円	×
	⑩ 兵庫県予防医学協会 健診センター	2時間ドック	半日ドック				×
	⑪ 六 甲 病 院	半 日	日 帰			① 15,000円	可
	⑫ 新須磨クリニック	生活習慣病コース	スタンダードコース			② 8,000円	可
	⑬ こやまクリニック	半 日	日 帰			② 8,000円	可
	⑭ 尼崎中央病院	トヨタ半日	トヨタ日帰	トヨタ1泊		② ③ 8,000円	可
	⑮ 尼崎新都心病院	トヨタ若年	1 日			① 15,000円	可
	⑯ 近 藤 病 院	半 日	1 日	2 日		③ (MRI) 8,000円	×
	⑰ ベリタス病院	レディースドック (女性のみ受診可)	半 日			② ③ 8,000円	可

※標準検査以外のオプションは全額自己負担となります。

II 受診日

ご自身で予約をしてから申し込んでください。

受診予定日 (曜日)	予約受付担当者名
月 日 ()	

III 自己負担金 (各コースの自己負担金は消費税込で下記の通りとなりますので、受診時にお支払いください。)

※ご自分が選択されたコースの○印記入欄に必ず○印を記入してください。

(脳オプションなしの方)

(脳オプションありの方)

コース	自己負担金	○印記入欄	コース	自己負担金	○印記入欄	コース	自己負担金	○印記入欄
半日	7,000円		半日+脳①	22,000円		半日+脳②または③	15,000円	
日帰	13,000円		日帰+脳①	28,000円		日帰+脳②または③	21,000円	
2日	37,000円		2日+脳①	52,000円		2日+脳②または③	45,000円	

★受付印

事務長	健保担当者	事業所担当者

記入された申込書は、コピーをお手元に残して、各事業所の窓口経由で健康保険組合にご提出ください。

人間ドック等申込書 B

【個人情報の取扱についてのお知らせ】

申込書にご記入いただいた、住所、氏名等の個人情報は、施設への受診申込確認以外の目的には使用いたしません。
また申込書は、個人情報が外部に洩れないように、厳重に保管いたします。
兵庫トヨタ自動車健康保険組合

兵庫トヨタ自動車健康保険組合 殿

私は、今回受診するドック等の結果を、健康保険組合が本人の健康管理を目的として、勤務先と共有する場合がありますことに同意した上で、ドックを申し込みます。

記入日 平成 年 月 日

※平成31年3月末時点の満年齢をご記入ください。

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)	男・女
氏名				
自宅住所	〒 □□□□ - □□□□	自宅 TEL	-	-
		日中の連絡先 TEL	-	-
保険証 記号番号	記号 - 番号	会社名	部署名	
	-			

I 受診する施設、コース (予約された施設、コース、オプションに○印をおつけください)

○印	契約施設	各施設での名称			脳検査系オプション ○印	自己負担金	窓口精算 カード決済
		半日コース	日帰コース	2日コース			
	① 笹生病院	生活習慣病 I	日帰標準		○印	① 15,000円	可
	② 大久保病院	生活習慣病	日帰			② 8,000円	可
	③ ウェルネージかこがわ	2時間人間ドック	1日人間ドック			③ 15,000円	×
	④ 北播磨総合医療センター		1日	1泊		④ 15,000円	可
	⑤ 姫路赤十字病院	トヨタ半日	トヨタ日帰				可
	⑥ 姫路市医師会診療所	生活習慣病	1日	1泊		⑥ 8,000円	×
	⑦ 姫路聖マリア病院	半日女性健診 (女性のみ受診可)	1日	2日		⑦ 8,000円	可
	⑧ 姫路愛和病院	半日	日帰	2日		⑧ 15,000円 ⑧ 8,000円	×
	⑨ しらさぎ健診クリニック	半日	日帰			⑨ 8,000円	可
	⑩ 柏原赤十字病院	半日Bコース	半日Aコース				×
	⑪ 公立八鹿病院		トヨタ日帰	トヨタ2日		⑪ 15,000円	可
	⑫ 大山病院	兵庫トヨタ半日	兵庫トヨタ日帰			⑫ 8,000円	×
	⑬ 加東市民病院	生活習慣病	人間ドック			⑬ 8,000円	可
	⑭ 高山クリニック	半日	日帰			⑭ 8,000円	×
	⑮ 聖隷淡路病院	一般健診	人間ドック			⑮ 8,000円	可
	⑯ フェスティパルタワー 健診センター	半日	日帰	2日		⑯ 15,000円	可
	⑰ アクティ健診センター	生活習慣病	1日				可

※標準検査以外のオプションは全額自己負担となります。

II 受診日

ご自身で予約をしてから申し込んでください。

受診予定日 (曜日)	予約受付担当者名
月 日 ()	

III 自己負担金 (各コースの自己負担金は消費税込で下記の通りとなりますので、受診時にお支払いください。)

※ご自分が選択されたコースの○印記入欄に必ず○印を記入してください。

(脳オプションなしの方)

(脳オプションありの方)

コース	自己負担金	○印記入欄	コース	自己負担金	○印記入欄	コース	自己負担金	○印記入欄
半日	7,000円		半日+脳①	22,000円		半日+脳②または③	15,000円	
日帰	13,000円		日帰+脳①	28,000円		日帰+脳②または③	21,000円	
2日	37,000円		2日+脳①	52,000円		2日+脳②または③	45,000円	

★受付印

事務長	健保担当者	事業所担当者

記入された申込書は、コピーをお手元に残して、各事業所の窓口経由で健康保険組合にご提出ください。

平成30年度

兵庫トヨタ健保 人間ドックFAX申込

《 ドック直通FAX 079-662-3820 》

公立八鹿病院 人間ドック室 行 申込日 年 月 日

フリガナ 男性 昭・平
氏名 生年月日 年 月 日
女性

住所 都道府県 市区町村

日中連絡先電話番号 () 自宅電話番号 ()

返信用FAX番号 () 携帯番号 ()

◆ご希望の人間ドックコース名に○印をつけて下さい◆

被保険者の人間ドック		
トヨタ半日コース <small>※八鹿病院ではお選びいただけません</small>	トヨタ日帰コース <small>※50歳以上の男性のみ腫瘍マーカーを含みます</small>	トヨタ2日コース (泊なし)

人間ドックを希望される月・曜日に○印を付けてください(複数選択可)

月 : 4 5 6 7	※○をつけた中で、ご都合の悪い日があればご記入ください
曜日 : 月 火 水 木 金	

※以下、必ずいずれかの項目に○を付けてください。

ご希望の胃検査に○印をつけて下さい	胃カメラ ・ 胃透視(バリウム) ・ 胃検査なし
-------------------	--------------------------

脳ドックオプションの希望(予約枠に限りがございます) ※検査のみです。医師の診察はありません	希望あり ・ 希望なし
---	-------------

婦人科オプションの希望	子宮がん検診	希望あり ・ 希望なし (水曜日は休診のため不可)
	乳がん検診	希望あり ・ 希望なし

※その他ご要望などございましたら、ご記入下さい

- ※お申込確認後、4日以内にFAXでの返信を致します。(土日祝を除く)
4日を過ぎても連絡のない場合は、お手数ですが人間ドック室までご連絡をお願い致します。
- ※ご家族でお申込される場合でも、お一人様一枚のご記入をお願いします。
- ※予約状況によっては、ドック日程がご希望に添えない場合がございます。ご了承ください。
(特に胃カメラ・脳ドック・子宮がん検診を選択された方)

人間ドック室記入欄	
カルテNo	
申込団体	兵庫トヨタ自動車健康保険組合
ドック決定日	平成 年 月 日 ()
返信日	

※太線内は記入しないで下さい

○お問い合わせ○
公立八鹿病院 人間ドック室
TEL 079-662-5555(代)
受付時間 平日 14:00~16:00