

「人間ドック補助」次年度希望調査票

所属(原籍)会社			
被保険者氏名			
被保険者 記号			
被保険者 番号			

この調査票は、次年度以降の「健診予約システム」の契約内容の見直しのために利用します。
次年度以降に継続して受診したい健診がある方の希望をお聞かせください。
(病院側のご都合もあり、ご希望どおり契約できない場合もあります)
例外補助には、資格チェック、申請内容の正誤チェック、振込、健診結果のデータ入力などに
時間とコストが発生します。また、紙の取り扱いは、データよりも個人情報保護に関するリスクが
高まります。
そのため、原則は「キッコーマン総合病院」、またはバリューHR社の「健診予約システム」を
用いた人間ドックの受診をお願いします。

次年度以降に契約してほしい「人間ドックコース」「オプション検査」がありますか？

いずれか該当に○を記入

☐ ある

☐ ない・まだ分からない

以下の設問にお答えください

記入終了

☐ 今回例外申請した健診を次年度以降も継続希望

☐ 別の病院・オプション検査を次年度以降は継続受診希望

以下に記入ください

(1) 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

(名称)

(〒都道府県から)

(人間ドックコース名)

(補助対象のオプション検査名)

郵便番号