

契約病院健診利用受診券

※病院に直接予約を取り、太枠内をご記入の上、会社担当者経由で受診日の10日前までに西武健保へ届くようにご提出ください。

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|----------|---|----|---------------------|-------|----|---|---|
| 被 保 険 者 | 保険証 | 記号 | — | 番号 | 氏名 | | | | |
| | 会社名 | | | | 所属 | | | | |
| 受 診 者 | フリガナ | | | | 生年月日 | 昭・平 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | | 性別 | 男・女 | 続柄 | | |
| 予 約 内 容 | 病院名 | | | | | | | | |
| | 受診日 | | | | 年 | 月 | 日 | | |
| | コース | | | | 予約した項目に ○をしてください | 健保使用欄 | | | |
| | 人間ドック | 日帰りドック | | | | | | | |
| | | 1泊2日ドック | | | | | | | |
| | 脳ドック | | | | | | | | |
| | 乳がん検診(エコーまたはマンモグラフィー) | | | | | | | | |
| | 子宮がん検診 (医療機関での内容確認をお願いします) | 子宮けいがん検診 | | | | | | | |
| 子宮体がん検診 | | | | | | | | | |
| 子宮けいがん・子宮体がん検診 (両方セット) | | | | | | | | | |

《注意事項》

- ・ 申込は西武健保の被保険者と被扶養者の方に限ります。
- ・ 1年度につき、日帰りドック・1泊2日ドックのいずれかと、脳ドック、乳がん検診(エコーまたはマンモグラフィー)、子宮けいがん検診、子宮体がん検診、各1回の補助が受けられます。
ただし日帰りドック・1泊2日ドックの補助を受けた年度に巡回レディース健康診断のお申し込みはできません。
- ・ 乳がん検診はエコー(超音波検査)またはマンモグラフィー(乳房X線検査)のどちらか一方を補助の対象とします。
- ・ 病院に直接予約をお申し込みください。予約時に必ず「西武健保扱い」とお伝えください。
- ・ 受診時に、この受診券と健康保険証を必ず提出してください。受診券を病院に持参しなかった場合や、受診券の記入項目と異なる内容で受診した場合は全額自己負担になります。(後日「契約外補助金支給申請書」をご提出ください。)
- ・ 契約内容以外での受診には利用できません。
- ・ 脳ドック、乳がん検診、子宮がん検診以外のオプション検査は全額自己負担となります。
- ・ 契約病院は西武健康保険組合ホームページをご覧ください。
- ・ 取消・変更の場合は速やかに病院と会社担当者(任意継続者は西武健保)へご連絡ください。
- ・ 受診日に資格を喪失している場合は利用できません。
- ・ 健保受付印・受付番号の無いものは無効です。また、補助対象は健保使用欄に担当者印のあるものに限ります。
- ・ この受診券の提出をもって、病院が西武健保に健診結果を通知することに同意したものとさせていただきます。
(「高齢者の医療の確保に関する法律」による記録の保存のため、健診機関から西武健保に特定健康診査のデータが送られます。)
- ・ 会社で行う健康診断を兼ねての人間ドックは補助対象外となります。

| | |
|-------|--|
| 会社承認欄 | |
| | |

〒359-0037 埼玉県所沢市くすのき台1-11-1

西武健康保険組合

TEL 04-2926-3876 FAX 04-2926-3878

| |
|-------|
| 健保受付印 |
| |