

指定医療機関で受診するとき（記入例）

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。

1. 指定医療機関については、PC版ホームページまたは「**指定医療機関リスト**」をご覧ください。（脳検査は「**脳検査指定医療機関リスト**」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

事業所 医療機関
全日本理美容健康保険組合

別紙1
契約健診機関用
年 月 日

生活習慣病予防健診 受診申込者名簿

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		
希望するところにチェックを入れてください。本人の場合、右欄に送付先住所をご記入ください。複数名いる場合には任意の様式にご記入ください。					
問診票・結果票送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所	本人（本人送付先住所）			
健診料金請求先	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所	本人			
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・D1・脳検査 注)注: 乳がん・子宮がん(自己)医師	5月 10日
2	健保 太郎	男 本人	S47年 5月 11日	A1・A2・B・D1・脳検査 注)注: 乳がん・子宮がん(自己)医師	5月 17日
2	健保 花子	女 本人	S50年 3月 3日	A1・A2・B・D1・脳検査 注)注: 乳がん・子宮がん(自己)医師	6月 1日
3	理容 健太	男 本人	S58年 10月 9日	A1・A2・B・D1・脳検査 注)注: 乳がん・子宮がん(自己)医師	7月 20日
4	美容 保子	女 本人	S62年 6月 10日	A1・A2・B・D1・脳検査 注)注: 乳がん・子宮がん(自己)医師	7月 20日
		男 本人	年 月 日	A1・A2・B・D1・脳検査 注)注: 乳がん・子宮がん(自己)医師	月 日
		女 本人	年 月 日	A1・A2・B・D1・脳検査 注)注: 乳がん・子宮がん(自己)医師	月 日
		男 本人	年 月 日	A1・A2・B・D1・脳検査 注)注: 乳がん・子宮がん(自己)医師	月 日
		女 本人	年 月 日	A1・A2・B・D1・脳検査 注)注: 乳がん・子宮がん(自己)医師	月 日

医療機関名をご記入ください。

保険証に記載の会社名をご記入ください。

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。

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。

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が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	A2	B(本人のみ)	D1(本人のみ)	脳検査(本人のみ)	乳がん・子宮がん検診(本人のみ)
1000円	3500円	5000円	15000円	医療機関指定する金額(28,000円(脳腫瘍)以下)	各1000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