

人間ドック(被保険者・配偶者)申請書 共同通信社健康保険組合 TEL03-6252-8038 FAX03-6252-8707 共同通信社健康保険組合理事長 殿	記入見本	事務長	事務次長	担当	
● ● 支社局長 ● ● ● ● (印不要)	申請日	令和	年	月	日

申請者が記入する欄	所属	● ● 支社 ● ● 部	被保険者氏名	(法律姓で記入をお願いします)		旧姓	
	職員番号	19999999	日中連絡のとれる電話番号	090-1234-5678		虎ノ門	
	ふりがな	きょうどう はなこ (法律姓で記入をお願いします)	生年月日	昭和 平成	43年1月1日	年齢	続柄
	受診者氏名	共同 花子				52	本人
	※被保険者のみ○をつけてください。脳ドックのみ受診の場合は記入不要です。	人間ドックを定期健康診断の代用として受診し、結果表を一般社団法人共同通信社健康管理担当に提出することを承諾します。					(可・否)
	検診名	★ドック(日帰り、1泊)	料金(消費税込)	(注)受診者が検診機関の窓口で一部負担金2,000円(年齢該当の両方受診者は4,000円)を支払い、残りの費用は会社に請求書を郵送できるか検診機関に確認し、その結果を右欄に○印をつけてください。⇒			(可・否)
	★ドック(日帰り、1泊)	● ● ● ● ● ●					
	オプション名: ○ ○ ○ ○ ○	● ● ● ● ●	受診年月日	令和	● 年 ● 月 ● 日 (●)		
	オプション名:		検診機関名	● ● ● ● ● 病院			
	★脳ドック		検診機関電話番号	● ● - ● ● ● ● - ● ● ● ●			
合計	● ● ● ● ● ●						

- <申請者が記入する欄について> 【健保記入欄: 40歳以上の場合のみ・特定健診費用 円】
- 希望するドックに○印。オプション検査を受診する場合は、全ての検査名とそれぞれの料金(消費税込み)を記入してください。日帰りおよび1泊ドックのオプション検査に脳ドックをつけることはできません。また、脳ドックにオプションはつけられません。★年齢該当者は人間ドックと脳ドックの両方が受けられます。
 - 4月1日から翌年3月31日まで年1回受診できます。資格喪失後の受診はできません。
 - 受診者は、一部負担金として2,000円(年齢該当者で両方受診する方は4,000円)を受診日に検診機関窓口でお支払いください。
 - 受診者は、健康保険組合の負担上限額(63,000円・消費税込み)を超えた場合は、超えた金額もお支払いください。
 - 検診機関での受診料差額請求の(可・否)についてご確認のうえ、○印をつけてください。

人間ドック(被保険者・配偶者)承認の件					
支社局長	殿	共健	第	号	
申請のあった	殿(受診年度末の年齢 歳)	令和	年	月	日
のドック受診を承認します。申請に基づく費用負担は下記のとおりです。					
健保が記入する欄	検診名	料金(消費税込)	健保負担金(消費税込)	個人負担(消費税込)	
				一部負担金	健保組合負担上限額の超過分
	日帰り / 1泊			2,000	
	脳ドック			2,000	
	オプション検査				
合計					

- 【支社局の事務処理】
- 病院から請求書が届いた後、経費精算システム(コンカー)で支払伝票を作成し、請求書と健保組合が送付した承認文書をPDFで添付して申請をお願いします。
(注)一部負担金2,000円及び健保組合負担上限額を超過した場合の超過額は、原則として検診機関窓口での支払いとなりますが検診機関が受領しない場合は、支社局で入金の手続きをしてください。
 - ドック結果報告書(コピー可)を健康保険組合へ送付してください。重要な個人情報です。取り扱いには十分ご注意ください。