

⑧ 事前申請（予約後、受診前に申請して下さい。）

常務理事	事務長	係

## 短期人間ドック申請書（任意受診）

申請日：令和 年 月 日

記号・番号	—	被保険者氏名	フリガナ			
事業所名						
受診者氏名	フリガナ	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所連絡先	〒 — Mail : TEL : — — (自宅・携帯)					
生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳 )					

※受診項目案内のパンフレットや医療機関HPの受診コース掲載ページを資料として必ず添付してください。

利用健診機関名					
受診日(予約日)	令和 年 月 日 ( 曜日 )				
オプション(女性のみ)	<input type="checkbox"/> a. マンモグラフィー <input type="checkbox"/> b. 超音波 <input type="checkbox"/> c. 子宮がん検査	左記の a、b、c の同時受診が可能となりました。合計 ¥20,000 以内であれば追加受診が可能です。申込んだ項目の <input type="checkbox"/> に✓をつけて下さい。			

### ■ 申請から受診までの流れ

ご予約後イマジカ健康保険組合へ申請します。「人間ドック利用者通知書」を発行しますので、保険証・自己負担金とともに持参し予約日に受診して下さい。

### ■ 注意事項

- \* 太枠内を必ずご記入下さい。記号・番号、事業所名は保険証に記載しています。
- \* 40歳以上、かつ資格取得後6ヶ月が経過した方が申請できます。なお1年度1回しか受診できません。
- \* **人間ドック受診日の第5営業日前までに、時間に余裕を持ってご申請下さい。**
- \* 予約日・内容に変更が生じた場合、必ずイマジカ健康保険組合にご連絡下さい。
- \* オプションは上記条件の**婦人科のみ**追加が可能です。脳ドック等他のオプションは対象外です。
- \* 組合の承認を受けずに受診し、その後ご申請されても一切お受けできません。

### ■ 申込書提出先・問い合わせ先

イマジカ健康保険組合

〒140-0002 東京都品川区東品川 3-13-6 IMAGICA Lab. 品川プロダクションセンター Rビル 2階

TEL : 03-5479-2220 / FAX : 03-5479-2221 / Mail : support@imagica-kenpo.or.jp

組合処理欄		
受付日	年 月 日	備考
取得年月日	年 月 日	