

(様式第1号)

広島県建設国民健康保険組合
PET-CT健診補助申込書兼受診票

第 地域連合

広島県建設国民健康保険組合受付印欄

被保険者証番号										
受診者氏名										※ 受付印無きものは補助できません。
生年月日	昭・平	年	月	日	連絡先	TEL ()	—			
申込方法	契約健診機関に直接電話し広島県建設国民健康保険組合の被保険者であることを告げ、日時をご予約の上、所屬地連へ提出してください。									
契約健診機関名	平和クリニック									
健診日	平成	年	月	日						
下記の予約した健診内容の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。										
ドック健診内容	PET-CT <input type="checkbox"/> スタンダードコース <input type="checkbox"/> エグゼクティブコース <input type="checkbox"/> トータルスタンダードコース <input type="checkbox"/> トータルエクゼクティブコース									
注意	1. 広島県建設国民健康保険組合の受付印が押印されていないものは補助できません。 2. 契約健診料金と補助額(40,200円)との差額分を当日窓口にてお支払ください。 3. 契約健診料金等の詳細については、直接契約健診機関へお問合せください。 4. 宿泊を伴う健診を予約・受診されても補助額(40,200円)までとなります。 5. ご不明なことがありましたら地連または国保組合にお問合せください。									
契約健診機関に健診予約をいたしましたので、健診補助をお願いします。 また健診記録が健診医療機関から広島県建設国民健康保険組合に提出されること・各連絡等に健診医療機関が情報を利用することについても承諾します。										
平成 年 月 日										
住所 広島県 市 区 町										
受診申込者										
氏 名										