（様式第１号）

広島県建設国民健康保険組合
契約検診機関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
※　受付印無きものは補助できません。

被保険者証番号				
受診者氏名				
生年月日	昭・平　　年　　月　　日	連絡先	TEL（　　　）　―	
申込方法	契約検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、日時と①、②をご予約の上、所属地連へ提出してください。			
契約検診機関名				
検診日	令和　　年　　月　　日			
※下記①、②の予約した検診内容と喫煙歴・服薬歴の □ に ☑ を入れてください。				
① ドック検診内容	□日帰り人間ドック □脳ドック □日帰り人間ドック＋脳ドック	□宿泊人間ドック □宿泊人間ドック＋脳ドック		
② 契約外検診	□骨密度　□乳がん　□子宮がん　□前立腺がん □Ｃ型肝炎　□婦人科その他【　　】 □その他【　　】			
喫煙歴（今，喫煙中）	□ あり　□ なし			
服薬歴（今，服薬中）	□ あり（血圧・血糖・脂質）　□ なし			

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ないものは補助できません。
2. 契約検診料金の２割負担額と契約外検診料金を当日窓口でお支払いください。
3. 契約外検診料金は総額五千円までを上限として補助します。五千円を超える料金は、受診者がお支払ください。
4. 契約検診料金等の詳細については、別紙・契約検診機関一覧表を参照していただくか直接契約検診機関にお問合せください。
5. 宿泊を伴う検診を予約・受診されても補助額は契約検診料金（日帰り）までです。
6. 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。

契約検診機関に検診予約をいたしましたので、ドック補助をお願いします。

また検診後、検診記録が検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を承諾します。

令和　　年　　月　　日

受診申込者

住　所　広島県　　市・郡　　区・町

氏　名

受診券整理番号（セット券）※国保組合記入欄										