

(健保記入欄)自己負担金請求先						人間ドック利用申込書	
会社		本人					
社員番号		保険証情報	記号		番号		申込日 年 月 日
確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ※左記の確認欄にチェックをお願いいたします。						
	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。						
	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。						
被保険者氏名				職場略号			
受診希望日	第1希望		第2希望		第3希望		
	/ ()		/ ()		/ ()		
フリガナ				男女	本人家族	人間ドック補助金支給は、被保険者及び被扶養者する配偶者で、健診受診日に35歳を超えている方になります。	
受診者氏名							
フリガナ						電話番号	
住所	〒 -					()	
契約機関以外で受診の方振込先をご記入下さい。							
振込先	銀行名			支店	口座番号		

オプション希望内容を記載してください。(※オプション検査費用は本人負担となります。)

※受診を希望病院に『○』をつけて下さい。

東京都	(1)	平塚胃腸クリニック	03-3984-4316	豊島区西池袋
	(2)	サン虎の門クリニック	03-3988-1862	サンシャイン60
	(3)	板橋中央総合病院	03-3967-1327	板橋区小豆沢
	(4)	IMS Me-Life クリニック 池袋	03-3989-1112	豊島区東池袋
	(5)	IMS Me-Life クリニック 新宿	03-3375-3371	渋谷区代々木
	(6)	楠樹記念クリニック	03-3344-6666	新宿区西新宿
	(7)	芝パーククリニック	03-3434-4485	港区芝公園
	(8)	東京品川病院	03-3761-4260	品川区東大井
	(9)	浜田病院総合健診センター	03-5280-1080	千代田神田
	(10)	IMS Me-Life クリニック 渋谷	03-3770-3100	渋谷区桜丘
	(11)	IMS Me-Life クリニック 東京	03-3548-2451	中央区日本橋
	(12)	恵比寿ガーデンプレス桜十字クリニック	03-6854-1515	渋谷区恵比寿
	(13)	赤坂桜十字クリニック		港区赤坂
	(14)	城山ガーデン桜十字クリニック		港区虎ノ門
	(15)	泉ガーデン桜十字クリニック(胃カメラのみ)		港区六本木
	(16)	恵比寿桜十字クリニック		渋谷区東
	(17)	新宿桜十字クリニック		新宿区西新宿
	(18)	上野御徒町桜十字クリニック		台東区上野
	(19)	桜十字ウィメンズクリニック渋谷		渋谷区宇田川町
	(20)	虎ノ門ヒルズ桜十字クリニック		港区虎ノ門
	(21)	池袋桜十字クリニック		豊島区東池袋
千葉県	(22)	新東京クリニック健診センター	0473-67-6670	松戸市
	(23)	柏厚生総合病院健診センター	0471-44-8868	柏市
埼玉県	(24)	大宮シティクリニック	0570-039-489	さいたま市(ソニックシティ)
	(25)	大宮共立病院	048-686-7151	さいたま市
	(26)	上尾中央総合病院	048-773-1114	上尾市
神奈川県	(27)	さがみ林間病院総合検診センター	042-742-3521	相模原市
	(28)	アルファメディック・クリニック	044-511-6116	川崎市
	(29)	白鷗医院	0465-82-0890	足柄上郡開成町
山形県	(30)	山形県立がん・生活習慣病センター	023-685-2616	山形市
福島県	(31)	太田総合病院附属太田熱海病院	024-984-0088	郡山市
宮城県	(32)	IMS Me-Life クリニック 仙台	022-792-5000	仙台市宮城野区
北海道	(33)	イムス札幌消化器中央総合病院	011-611-1391	札幌市西区
その他	(34)			

《個人情報について》

健康保険組合は、健診結果に基づく事後指導を効果的に行うため、健診機関から全ての検査項目を取得することになります。

利用申込書に記載のある健診受診者に係る保有した個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に保管し、皆様の健康保持・増進のために行う保健指導、その他アフターフォロー事業の目的以外には使用いたしません。

トプコン健康保険組合

電話番号 03-3966-1244