

# 酒フーズ健康保険組合 健保連人間ドック利用案内書

※二重線枠内を記入のうえ、受診当日に医療機関へご提出してください。（当組合への提出は不要です）

※本申込みを以って、健診結果が健保組合に送付されることに同意したとみなされます。

(フリガナ)		被保険者等 記号番号	—
利用者氏名			
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	対象者	被保険者 ・ 被扶養者
医療機関名称		受診年月日	年 月 日

## 【実施要領】

対象者	酒フーズ健康保険組合加入の被保険者・被扶養者
対象年齢	<b>35歳以上</b> (年度内に迎える誕生日の満年齢)
健保組合補助金	<b>人間ドック検査料金の50%</b> ※但し、 <b>検査料金55,000円(税込)</b> を上限として、27,500円(税込)が補助限度額となります。 ※上限内の検査料金につきましては、 <b>医療機関より当組合へ全額をご請求いただき</b> 、後日、補助金額を差し引いた金額を事業所又は任意継続被保険者様へご請求いたします。 ※上限額を超えた検査料金とオプション検査料金は全額が利用者様の自己負担となります。
指定医療機関	健保連人間ドック契約医療機関 ※医療機関の詳細については、当組合のホームページを参照

## 【利用者の皆さまへお知らせとお願い】

- 各種健康診断の補助は、同年度内(4月～翌年3月)1人1回となります。  
**資格喪失後等の無資格診療や重複受診(年度内2回)があった場合、全額自己負担となります。**
- 利用日の変更等が生じた際には、必ず医療機関にその旨をご連絡願います。  
連絡なく利用を取り消した場合は違約金が生じることがあります。
- 上限額55,000円(税込)を超えた分とオプション検査料金につきましては自己負担となり、  
受診日当日に医療機関窓口にてお支払いいただきます。
- 後日、検査料金から補助額(50%)を差し引いた金額を事業所又は任意継続被保険者様へ  
ご請求いたします。

## 【医療機関担当者様へお知らせとお願い】

- 上記「実施要領」に基づき、必ず**受診資格と年齢の確認**をお願いします。
- 「実施要領」外の受診や年度内重複受診が発生した場合、検査料金ご請求の取り下げをお願い  
させていただく場合がございます。
- 受診当日は、**検査料金上限額55,000円(税込)を超えた分とオプション検査料金を利用者様へ**  
ご請求いただき、**上限以内の検査料金につきましては全額を当組合へ**ご請求ください。
- 当組合への請求につきましては、この利用案内書と検査結果のXMLデータを添付のうえ、ご提出  
ください。**XMLデータにつきましては、必ず利用者様の被保険者等記号・番号を入力のうえ、**  
**全ての利用者様の結果をご提出ください。**
- XMLデータ提出が有料となる場合や作成ができない場合は、当組合へご連絡ください。**

○「実施要領」は年度ごとに内容を変更することがあります。十分ご注意ください。

○利用案内書や検査結果表の記載事項については、健康管理・疾病統計資料等に使用します。

○ご不明な点については、当組合管理課までお問い合わせください。

〔お問い合わせ先〕

〒104-0033 東京都中央区新川1丁目8番16号

酒フーズ健康保険組合 管理課

TEL 03 (3552) 4258