

◆添付書類

- ・健診結果表(写)
- ・領収証(受診者名義)
- ・受診申込書(要証明)

(契約機関外受診時用)

健康診断受診費用精算書(個人用)

(保険証)記号		(保険証)番号		会社名	
被保険者氏名				部署・支店名	
主婦健診の場合 配偶者氏名				受診者生年月日	本人・配偶者 年 月 日 歳

◆受診した検査の種類(該当する番号を○で囲んでください)

	健診の種類	受診資格	補助額上限	申請金額(円)
1	生活習慣病(成人病)	33 歳以上	25,300円(税込)	円
2	人間ドック(A)	35 歳以上	44,000円(税込)	円
3	人間ドック(B)	40・50・60歳年度内到達時	55,000円(税込)	円
4	パートナー健診(被扶養配偶者)	35 歳以上	38,500円(税込)	円
5	乳がん・子宮がん検診	33歳以上の女性被保険者 35歳以上の被扶養配偶者	7,700 円(税込)	円
6	XMLデータ作成費用	健診対象者	—	円

*対象年齢は、年度内(4/1～3/31)に達する満年齢とします。

*XMLデータ作成費用は補助額にプラスし別途お支払いします。

*補助額は、被保険者の給与口座にお支払します。(給与明細には記載無し)

*お支払は毎月10日締め of 月末支払となります。

20 年 月 日

上記のとおり請求いたします。

住所

氏名

(TEL — —)

*日中に連絡が取れる電話番号をご記入下さい。

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要である場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡をいただければ、合理的な範囲で速やかに対応させていただきます。

〒542-0072 大阪市中央区高津3丁目15番2号 U-NEXT HOLDINGS 健康保険組合

TEL 06-6647-8484

FAX 06-6647-8485