平和堂健康保険組合　日帰り人間ドック（脳検査・脳ドック）　申込書式

※現行の補助制度（本用紙の利用）は、2025年3月31日実施分をもちまして終了となります。

1. 予約前に次の項目をチェックしてください

・ 平和堂健康保険組合の被保険者本人または扶養者ですか? ・ 日帰り人間ドック（脳検査・脳ドック）を受けようとする日現在で35歳以上ですか? ・ 今年度(4/1～3/31)初めての日帰り人間ドック等ですか(別医療機関を含む)？ ・ 人間ドックを受けようとする医療機関は、平和堂健保の契約機関ですか？	すべて イエスの場合は、2.の申込手順へ進む

＊ 健保組合からの補助は年度内（4/1～3/31）1回のみです。
同一年度内で2回目以降の利用は全額自己負担となります。 また、各種オプション検査（脳検査除く）も全額自己負担となります。

2. 申込みの手順

① 医療機関の選定：日帰り人間ﾄﾞｯｸ（脳検査・脳ﾄﾞｯｸ）契約機関一覧表(ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞに掲載)で希望医療機関を選択

→ ② 予約確認書の作成：予約確認書(申込書式の下半分)に必要事項を記入

→ ③ 医療機関に電話する：医療機関へ予約の電話をする「平和堂の日帰り人間ﾄﾞｯｸ（脳検査・脳ドック）の予約をお願いします」

→ ④ 予約確認書の作成→郵送またはFax：予約確認書のｷﾘﾄﾘｾﾝ以下を医療機関に郵送又はFaxする
ここで、初めて予約が成立します

3. 医療機関からの送付物

必要に応じ、検査容器や当日の注意事項等が送付先へ郵送されてきます。(受診日の約1週間前まで)

4. 日帰り人間ドック等を受ける当日の持参物

健康保険証・自己負担金・医療機関から郵送された必要物品・検査容器等。

5. 注意事項

予約の変更・キャンセル等は、直接各医療機関に連絡してください。

6. 健診結果について

健診結果は、受診者様にお知らせするとともに、皆様の健康を保持増進することを目的として保健指導等に活用するため、平和堂健康保険組合にて保管させていただきますのでご了承ください。
なお、健診情報等についての開示(交付)・訂正・利用停止を求める場合及びその他苦情等のお問合せは、平和堂健康保険組合（彦根市西今町1番地　℡　0749-23-6930）で受付ております。

ｷﾘﾄﾘｾﾝ

（希望医療機関名）　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
人間ドック等ご担当者　様

※現行の補助制度（本用紙の利用）は、2025年3月31日実施分をもちまして終了いたします。

平和堂健康保険組合　日帰り人間ドック（脳検査・脳ドック）予約確認書

先に電話予約させていただいた「日帰り人間ドック（脳検査・脳ドック）」について、確認をお願いします。

ふりがな 受診者名		生年月日 年　月　日 年齢　歳	該当に〇をしてください 男・女　・被保険者本人 ・扶養家族
被保険者名		被保険者証 記号・番号	―――
希望するコースに〇をつける	日帰り人間ドック	日帰り人間ドック＋オプション 脳検査	単独脳ドック
検査必要物送付先住所 〒 昼間連絡先　℡　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿			
ドック等を受ける日	月　日（　）	備考欄	

↑ 電話で予約した日を記入