

送付先 バリュースタッフカスタマーサービス(FAX:0172-31-3088)

発信日： 年 月 日

※受診希望の健診機関に予約完了後、当申込書をFAXしてください。

総合健診(人間ドック等)受診申込書

健保組合		名 称		プルデンシャル健康保険組合				
被保険者	フリガナ			保険証記号				
	氏 名			保険証番号				
所属事業所		名 称						
受 診 者	フリガナ			性 別		男 ・ 女		
	氏 名			生年月日 (西暦)		年 月 日		
健診受診日		年 月 日			続 柄		被保険者 ・ 被扶養者	
受診希望 医療機関		名 称						
総合健診 (人間ドック等)	基本健診			オプション検査				
	人間ドック (年度末35歳以上) 当年4月2日以降の 新規取得被保険者 は補助の対象外	選択してください	☐ 胃X線コース	選択してください (任意)	☐	ピロリ菌検査		
			☐ 胃内視鏡コース (健診機関によっては、胃内視鏡コースがない場合があります)		☐	前立腺(PSA)検査		
					☐	子宮頸部細胞診		
					☐	乳房超音波		
		☐	乳房マンモグラフィ					
健診結果表の取扱 【同意されない場合のみ チェックしてください】		☐	受診者の健診結果について業務委託会社(株)法研及び(株)バリューHR)及び健保組合・事業主に提供することに同意しません。 ※健診結果表の提供に同意されない場合には、健保組合補助金及び事業主負担金は支給されず、当システムでの人間ドック申し込みは利用できません。					
負担金支払方法		健診費用が補助金額を超える場合は、超過分を健診当日に窓口でお支払い頂きます。						
自己負担額		人間ドックの補助金額として被保険者に50,000円(健保補助金30,000円、会社負担額20,000円)を上限に実額を補助します。 ただし、以下に該当する組合員につきましては、それぞれ以下の金額を上限に実額を補助します。						
		任意継続被保険者、特例退職被保険者及びすべての被扶養者は50,000円を上限に実額を補助します。 (健保補助額:基本健診40,000円上限+指定オプション(1つ:上限5,000円、2つ以上:上限10,000円)) プルデンシャル・ホールディング・オブ・ジャパン(株)被保険者については38,400円(健保補助金30,000円、会社負担額8,400円)を上限に実額を補助します。 プルデンシャル・ジブラルターエージェンシー(株)被保険者については44,000円(健保補助金30,000円、会社負担額14,000円)を上限に実額を補助します。						
		人間ドック検査基本項目+ピロリ菌検査+前立腺(PSA)検査+婦人科検診(子宮頸部細胞診・超音波検査又は乳房マンモグラフィ)以外は補助の対象外です。						
検査キット送付先		住 所		(〒 -)				
		氏 名						
受診承認書 送付方法		希望する送付方法を○で囲んで下さい。FAXの場合は、FAX番号を記入して下さい。						
		F A X						
		郵 送		上記住所宛に郵送いたします。				
医療機関等 からの連絡先 (日中に連絡がとれる 電話を1つ以上 記入して下さい。)		TEL(自宅)						
		TEL(会社)						
		TEL(携帯)						

■注意

- ① 当健保組合補助対象の婦人科検診及び前立腺(PSA)検査、ピロリ菌検査以外のオプション検査は、補助の対象とはなりません。□
② 胃内視鏡検査等において、保険診療扱いとなった場合には、人間ドックの補助対象外となります。

■お問い合わせ先

●お問合せ ⇒ ㈱バリューHR／カスタマーサービス TEL:0570-075-707〔受付時間 9:30～18:00(休:土日祝)〕

プルデンシャル健康保険組合

P様式-1(2019.10)