

平成23年度人間ドックのご案内

35歳以上の加入者が対象

当健康保険組合では中高齢者を対象にした保健事業として、疾病を早く発見し早く治療していただくため、人間ドック利用料の補助を実施しています。

- 利用対象者 ----- 昭和51年4月1日以前生まれの被保険者及び被扶養者。なお、1年に2回以上の利用はできません。
- 利用申込受付期間 ----- 平成23年4月1日～平成23年12月22日
- 利用できる健診期間 ----- 平成23年4月1日～平成24年1月31日
- 利用できる健診機関・健診日 ----- 下表のとおり。
- 利用方法 ----- 人間ドックは予約制ですから、事前に健診機関名と第1希望健診日及び第2希望健診日を当組合（078-997-2311）にお申し出ください。
- 利用者負担金 ----- 下表のとおり。
- 利用者負担金の払込み方法 ----- 当組合より納付書を送付しますので、指定日までにお払込み願います。

| ●1泊2日 | | | |
|--------|----------------------|--------------------------------------|--------------------|
| | | 〔被保険者負担金 35,000円 被扶養者負担金 40,000円〕 | |
| | 健診機関名 | 所在地 | 健診日 |
| 尼崎市 | 昭和病院 | 尼崎市潮江1-3-43 | 月～金 |
| | 尼崎中央病院 | 尼崎市潮江1-12-1 | 月～金 |
| 伊丹市 | 近畿中央病院 | 伊丹市車塚3-1 | 月水金 |
| | 市立伊丹病院 | 伊丹市昆陽池1-100 | 月水 |
| 西宮市 | 明和病院 | 西宮市上鳴尾町4-31 | 月水金 |
| 三田市 | 平島病院 | 三田市天神1-2-15 | 月～金 |
| 神戸市 | 宮地病院 | 神戸市東灘区本山中町4-1-8 | 月木金 |
| | 新神戸ドック健診クリニック | 神戸市中央区熊内町7-6-1 | 月～木 |
| | 社会保険神戸中央病院 | 神戸市北区惣山町2-1-1 | 月火木 |
| | 神戸百年記念病院 健康管理センター | 神戸市兵庫区御崎町1-9-1 | 月～木 第2、4金 |
| | 川崎病院 | 神戸市兵庫区東山町3-3-1 | 月水木金 (注1) |
| | 兵庫県健康財団 保健検診センター | 神戸市兵庫区荒田町2-1-12 | 月～木 |
| | 丸山病院 | 神戸市長田区丸山町3-4-22 | 月水金 |
| | 神戸掖済会病院 | 神戸市垂水区学が丘1-21-1 | 木 |
| | 佐野病院 | 神戸市垂水区清水が丘2-5-1 | 火 |
| | 佐野伊川谷病院 | 神戸市西区池上2-20-1 | 月～金 |
| | 明石市 | 大久保病院 | 明石市大久保町大窪五反田2095-1 |
| あさぎり病院 | | 明石市朝霧台1120-2 | 月水 |
| 三木市 | 三木市立三木市民病院 | 三木市加佐58-1 | 月水 |
| 加古川市 | はりま病院検診センター | 加古川市尾上町池田621-1 | 月水金 |
| 姫路市 | 姫路第一病院 | 姫路市御国野町国文寺143 | 月水金 |
| | 姫路市医師会診療所 | 姫路市西今宿3-7-21 | 月水金 (注2) |

被保険者負担金 33,000円、被扶養者負担金 37,000円

| ●日帰り | | | |
|------|----------------------|--------------------------------------|--------------|
| | | 〔被保険者負担金 25,000円 被扶養者負担金 30,000円〕 | |
| | 健診機関名 | 所在地 | 健診日 |
| 尼崎市 | 市民健康開発センター ハーティ21 | 尼崎市南塚口町4-4-8 | 火～日 |
| | 尼崎中央病院 | 尼崎市潮江1-12-1 | 月水～土 |
| 伊丹市 | 近畿中央病院 | 伊丹市車塚3-1 | 月～金 |
| 西宮市 | 明和病院 | 西宮市上鳴尾町4-31 | 月～土 |
| | 西宮市医師会 西宮健康開発センター | 西宮市染殿町8-3 | 日月金土 |
| 神戸市 | 宮地病院 | 神戸市東灘区本山中町4-1-8 | 月木金 |
| | 吉田アーデント病院 | 神戸市灘区原田通1-3-17 | 月～木 |
| | ハーバーランド 健康管理クリニック | 神戸市中央区東川崎町1-5-7 神戸情報文化ビル17F | 月～金 |
| | 新神戸ドック健診クリニック | 神戸市中央区熊内町7-6-1 | 月～金 第3土 |
| | 社会保険神戸中央病院 | 神戸市北区惣山町2-1-1 | 月～金 |
| | 神戸百年記念病院 健康管理センター | 神戸市兵庫区御崎町1-9-1 | 月～金 第2、4土 |
| | 川崎病院 | 神戸市兵庫区東山町3-3-1 | 月～金 |
| | 兵庫県健康財団 保健検診センター | 神戸市兵庫区荒田町2-1-12 | 月～金 (注3) |
| | 丸山病院 | 神戸市長田区丸山町3-4-22 | 月～金 (注4) |
| | 佐野病院 | 神戸市垂水区清水が丘2-5-1 | 月～木 |
| | 佐野伊川谷病院 | 神戸市西区池上2-20-1 | 月～土 |
| 明石市 | あさぎり病院 | 明石市朝霧台1120-2 | 月～水金 |
| 加古川市 | はりま病院検診センター | 加古川市尾上町池田621-1 | 月～土 |
| 姫路市 | 姫路市医師会診療所 | 姫路市西今宿3-7-21 | 月～土 |
| | 姫路赤十字病院 健診センター | 姫路市下手野1-12-1 | 月～金 (注5) |
| | ツカザキ記念病院 | 姫路市南車崎1-5-1 | 月～土 |
| | 城南多胡病院 | 姫路市本町165 | 月～土 |
| 赤穂市 | 赤穂中央病院 | 赤穂市惣門町52-6 | 月～金 |

- (注1) 第2・4木曜日、第1・3・5金曜日
- (注2) 金曜日は隔週
- (注3) 火曜日午後は女性のみ
- (注4) 土曜日は不定期
- (注5) 月曜日は男性のみ
- (注6) 健診機関の指定日



お問い合わせ先
兵庫県建築健康保険組合
078(997)2311

| ●2時間 | | | |
|------|----------------------|-------------------------------------|-------------|
| | | 〔被保険者負担金 8,000円 被扶養者負担金 10,000円〕 | |
| | 健診機関名 | 所在地 | 健診日 |
| 尼崎市 | 市民健康開発センター ハーティ21 | 尼崎市南塚口町4-4-8 | 火～日 |
| 西宮市 | 西宮市医師会 西宮健康開発センター | 西宮市染殿町8-3 | 火木 |
| 神戸市 | 神戸市医師会 医療センター診療所 | 神戸市中央区橋通4-1-20 | 月火水 金土 |
| | 兵庫県健康財団 保健検診センター | 神戸市兵庫区荒田町2-1-12 | 月～金 (注3) |
| 加古川市 | 加古川総合保健センター | 加古川市平岡町新在家1224-12 | (注6) |
| 姫路市 | 姫路市医師会診療所 | 姫路市西今宿3-7-21 | 月～土 |

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| | |
|-------------|-------|
| 資格取得 年月日 | 年 月 日 |
|-------------|-------|

人間ドック利用申込書

| | | | |
|-------------------|------------------------------|---------------|-------|
| | | | |
| 被保険者証の 記号・番号 | . | 被保険者の 氏名・印 | ⑩ |
| 病 院 名 | | | |
| 種 別 | 1泊2日 ・ 日帰り ・ 2時間 (でかこんで下さい) | | |
| 検 査 日 (入 院 日) | 平成 年 月 日 (曜日) | | |
| (フリガナ) 利 用 者 名 | | 続 柄 | 男 ・ 女 |
| 生 年 月 日 | 昭和 年 月 日 | | |
| 利用者の住所 | 〒 - 電話 - - | | |
| 前回 検査日 | 平成 年 月 | | |
| 平成 年 月 日 | | | |
| 事業所所在地・名称 | | | |
| 事 業 主 氏 名 | | | ⑩ |
| | 電話 | | |

妊娠中又は妊娠のおそれのある方はご遠慮下さい。

| | | | | | | | |
|-----------------|------------------|--|--|---------|-----|----|---|
| 平成 年度保健施設費支給決定伺 | | | | 起案 | | ・ | |
| 支給金額 | | | | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
| | | | | | | | |
| 種別 | 1泊2日 ・ 日帰り ・ 2時間 | | | 一部負担金 ¥ | | | |

人間ドック利用補助金受給申請書

| | | | | | | | |
|--|------|------------|-----------------------|--|--|----|--|
| 被保険者証の記号・番号 | | 事業所の所在地・名称 | | | | | |
| 記号 | | 所在地 | | | | | |
| 番号 | | 名称 | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | |
| 利用者氏名・続柄 | | | | | | 続柄 | |
| 人間ドックを利用した医療機関の所在地・名称、利用した年月日並びに支払金額 | 医療機関 | 所在地 | | | | | |
| | | 名称 | | | | | |
| | 年月日 | | 平成 年 月 日 ~ 月 日 日間 (泊) | | | | |
| | 支払額 | | ¥ | | | | |
| <p>上記の通り人間ドックを利用しましたので、領収書(原本)・検査結果書の写しを添えて、補助金の受給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒 -</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 (印)</p> <p>兵庫県建築健康保険組合 殿</p> | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|------|-----------------------|--|--|--|--|--|
| 委任欄 | 委任事項 | この給付金の受領を下記代理人に委任します。 | | | | | |
| | | 平成 年 月 日 | | | | | |
| | | 被保険者氏名 (印) | | | | | |
| 代理人 (事業所所在地及び名称・事業主氏名) (印) | | | | | | | |

| | | | | |
|----------|----|------|-------|-----|
| 払渡希望の銀行名 | | 預金種別 | 当座・普通 | 名義人 |
| 銀行 | 支店 | 口座番号 | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|---|---|-------|----------|----|---|
| 伺 本件請求書のとおり還付してよろしいか。 | | | | 起 案 | | ・ | |
| 還付 金額 | : | : | : | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
| | | | | | | | |
| 種別 | 1泊2日 ・ 日帰り ・ 2時間 | | | 納入年月日 | 平成 年 月 日 | | |

人間ドック利用料一部負担金還付請求書

| | | | |
|---|---|------------|----------|
| 被保険者証の記号・番号 | | 事業所の所在地・名称 | |
| 記号 | | 所在地 | |
| 番号 | | 名称 | |
| 人間ドックの利用を予定 していた者の氏名・医療 機関の所在地・名称並び に利用しなかった理由 | | 利用者氏名 | |
| | | 医療 機関 | 所在地 |
| | | | 名称 |
| | | 理由 | |
| 払込金額 | ¥ | 払込年月日 | 平成 年 月 日 |
| 人間ドック検診を上記の理由で受診しなかったため、利用料一部負担金の還付を請求します。 | | | |
| 平成 年 月 日 | | | |
| 住 所 〒 - | | | |
| 被保険者氏名 Ⓔ | | | |
| 兵庫県建築健康保険組合 殿 | | | |

| | | | |
|-------------|------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 委 任 欄 | 委 任 事 項 | この給付金の受領を下記代理人に委任します。 | |
| | | 平成 年 月 日 | |
| | | 被保険者氏名 | Ⓔ |
| | | 代 理 人 〔事業所所在地及び 名称・事業主氏名〕 | Ⓔ |

| | | | |
|----------|------|-------|-----|
| 払渡希望の銀行名 | 預金種別 | 当座・普通 | 名義人 |
| 銀行 支店 | 口座番号 | | |