

住友不動産販売健康保険組合  
2023年度 人間ドック予約確認書申請用紙

↑送信方向↑

↑送信方向↑

■ホームネット株式会社 ライフサポート課「住友不動産販売健康保険組合」宛

■郵送先住所 〒163-6011 東京都新宿区西新宿6-8-1 新宿オークタワー11階

FAX 03-3340-3096 TEL 03-6233-6279(お問合せのみ)

申込期間/～2023年8月31日

受診期間/2023年4月1日～2023年10月31日

## ①受診者情報 ※健康保険証をご用意の上、もれなくご記入ください。

|                 |   |       |  |
|-----------------|---|-------|--|
| 保険者番号           | 保険者名称(健康保険組合名称)   | 保険証記号 | 保険証番号  |
| 0 6 1 3 8 5 2 3 | 住友不動産販売健康保険組合   |       |  |
| フリガナ            |   | 性別    | 続柄   |
| 漢字氏名            |   | 男 ・ 女 | <input type="checkbox"/> 被保険者本人<br><input type="checkbox"/> 被扶養配偶者<br><input type="checkbox"/> 被扶養者(配偶者以外) |
| 生年月日            | 西暦  | 年     | 月 日  |
| 送付先住所           | 〒 -   |       |  |
| 日中連絡先           | - - ※勤務先に送付希望の場合は部署名もご記入ください<br>※携帯電話など必ず連絡の取れる電話番号をご記入ください<br>携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先 ・ その他( ) |       |  |

## ②申込み情報 ※健診施設へ予約した後に、受診日の3週間前までに申請してください

|   |   |     |  |  |  |             |         |
|---|---|-----|--|--|--|-------------|---------|
| 施設コード(5桁)<br>※リストに記載されたコードを、<br>ご記入ください。            |   |     |  |  |  | 受<br>診<br>日 | 月 日 ( ) |
| 健診施設名   |   |     |  |  |  |             |         |
| 胃検査方法   | <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃検査キャンセル |     |  |  |  |             |         |
| 予約オプション<br>※乳がん検査はマンモグラ<br>フィ・エコーのどちらか一方の<br>み受診可です | <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ<br><input type="checkbox"/> 乳房エコー                              | その他 |  |  |  |             |         |

## 個人情報の利用目的について

記入された個人情報は、住友不動産販売健康保険組合より、委託された業務のために、健診施設・運送機関・その他関係する第三者に提供されますことをご同意の上お申込みください。

## 健診結果について

健診結果は、健診施設より直接ご本人宛に送付される他、住友不動産販売健康保険組合および住友不動産販売株式会社、業務委託会社であるホームネット(株)へ提供されます。ご同意の上お申込みください。