（様式第1号）

広島県建設国民健康保険組合
PET-CT検診補助申込書兼受診票

第　8　地域連合　広島西

広島県建設国民健康保険組合受付印欄
※ 受付印無きものは補助できません。

被保険者番号	5	8	0										
受診者氏名													
生年月日	昭和　　年　　月　　日											連絡先	TEL
申込方法	契約検診機関に直接電話し広島県建設国民健康保険組合の被保険者であることを告げ、日時をご予約の上、所属地連へ提出してください。												
契約検診機関名	平和クリニック												
検診日	令和　　年　　月　　日												

下記の予約した検診内容の □ に ☑ を 入れてください。

ドック検診内容	PET-CT □ スタンダードコース　□ エグゼクティブコース □ トータルスタンダードコース　□ トータルエグゼクティブコース

注意
1. 広島県建設国民健康保険組合の受付印が押印されてないものは補助できません。
2. 契約検診料金と補助金（40,200円）との差額分を当日窓口にてお支払いください。
3. 契約検診料金等の詳細については、直接契約検診機関へお問合せください。
4. 宿泊を伴う検診を予約・受診されても補助額（40,200円）までとなります。
5. ご不明なことがありましたら地連または国保組合にお問合せ下さい。

契約検診機関に検診予約をいたしましたので、検診補助をお願いします。

また検診記録が検診医療機関から広島県建設国民健康保険組合に提出されること・各連絡等に検診医療機関が情報を利用することについても承諾します。

令和　　年　　月　　日

住　所　広島県　　市

受診申込者

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診券整理番号（セット券） ※国保組合記入欄											