|  |
| --- |
| **パートナー健診受診申込書****（35才以上の被扶養配偶者用）＊年1回受診** |

　【受診有効期間】・・・2024年4月1日～2025年3月31日まで　　　　　　　※健保組合への事前申請は不要です。

　＊必ず「特定健診項目」を含んだものを受診してください。　　　　　　　　　　　　35才以上の被扶養配偶者が対象

記入必須

|  |  |
| --- | --- |
| 健康保険証　記号番号：　　　　－　　　　　 | 被保険者名（社員名）：  |
| 受診者（家族） | フリガナ： | 氏名： |
| 続柄：配偶者 | 生年月日：　　　　　　年　　　　月　　　　日　（満　　　　才） |
| 現住所　〒　　　- |
| ＴＥＬ　　　 （　 　） |
| チェック | □生活習慣病□人間ドック | 35才以上各種オプションを含め、健保補助上限額は**38,500円(税込)**となります。＊生活習慣病もしくは人間ドックのどちらかを選択できますので、いずれかにチェックしてください。満35才以上とは　～1990(H02)年4月1日生まれ迄の方です。 |
| □乳がん・子宮がん：上記補助上限額にプラス**7,700円（税込）**となります。 |
| 質問票 | 薬の使用の有無 | 血圧を下げる薬 | * はい　・　□ いいえ
 |
| 血糖を下げる薬またはインスリン注射 | * はい　・　□ いいえ
 |
| コレステロールや中性脂肪を下げる薬 | □ はい　・　□ いいえ |
| 現在、たばこを習慣的に吸っている。 | * はい　・　□ いいえ
 |
| 受　診　日：　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　） |

（注意事項）

* 本申込書を健診機関の窓口へ提出し、資格確認時にはカード保険証を提示してください。また、非契約機関受診の場合は、料金精算方法を事前に健診機関へご確認ください。
* オプションを含む合計額が健保補助上限を超える場合は、受診当日に窓口で個人負担分をお支払ください。

|  |
| --- |
| （医療機関記入欄）　本書による申込者のパートナー健診を実施しました。医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（医療機関へのお願い）

* 検査料金合計額（税込）の健保補助上限額までは、健康保険組合へご請求下さい。上限を超過した分は自己負担分として受診時にご精算願います。健保組合へ直接請求できない場合は、個人精算となります。

※XMLデータ作成費は補助額にプラスし、別途健康保険組合へご請求ください。

* 結果表は、受診者の包括的な同意のもと本申込書・請求書と一緒にお送りください。

※全年齢のXMLデータ作成をお願いします。（特定健診項目は、40才以上必須）

* 本申込書の公印は省略とさせていただきます。

〒542-0072　大阪市中央区高津3-15-2

U-NEXT HOLDINGS健康保険組合

ＴＥＬ06-6647-8484　　ＦＡＸ06-6647-8485