|  |
| --- |
| **健康診断受診申込書****（33才以上の被保険者用） ＊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。

記入必須

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健康保険証　記号番号：　 |

|  |
| --- |
| －　　　　  |

 |  |
| 受診者名（被保険者名）： |  |  |
| 生　年　月　日： | 年　　月　　日　（満　　　　才） |
| 現　住　所　〒　　　-　　　　　　　 |
| ＴＥＬ　　　　　（　　　　　　） |
| 受診名をチェック | □生活習慣病 | ：33才以上35才未満の方は、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が、各種オプションを含め、健保補助上限額は **25,300円(税込)**となります。 |
| 満33才以上 満35才未満とは、 1990(H02)年4月2日～1992(H04)年4月1日生まれ迄の方です。 |
| □人間ドックA：35才以上、各種オプションを含め、健保補助上限額は **44,000円(税込)**となります。満35才以上とは、　～1990(H02)年4月1日生まれ迄の方です。 |
| □人間ドックB：節目健診、各種オプションを含め、健保補助上限額は **55,000円(税込)**となります。満40才は、 1984 (S59)年4月2日～1985 (S60)年4月1日生まれの方です。満50才は、 1974 (S49)年4月2日～1975 (S50)年4月1日生まれの方です。満60才は、 1964 (S39)年4月2日～1965 (S40)年4月1日生まれの方です。 |
| □乳がん・子宮がん：33才以上女性被保険者、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）

* 各健診の対象年齢区分は、標記する生年月日に該当する方のみとなります。
* 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、非契約機関受診については、料金精算方法を事前に健診機関へご確認ください。
* 健診総額が健保補助上限額の合算を超える場合、受診当日に窓口で個人負担分としてお支払ください。

|  |
| --- |
| （医療機関記入欄）　本書による申込者の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。

* 乳がん・子宮がんを選択した場合の上限は合算額となります。
* 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