申請日：20　　年　　月　　日

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】・・・2025 年 4 月 1 日～2026 年 3 月 31 日まで　　※健保組合への事前申請は不要です。

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、 1991(H03)年 4 月 2 日～1993(H05)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、　～1991(H03)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、 1985 (S60)年 4 月 2 日～1986 (S61)年 4 月 1 日生まれの方です。 満 50 才は、 1975 (S50)年 4 月 2 日～1976 (S51)年 4 月 1 日生まれの方です。 満 60 才は、 1965 (S40)年 4 月 2 日～1966 (S41)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（　　）			

記入必須

（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。
  ※全年齢の特定健診項目の XML データ作成をお願いします。（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