

健康診断受診申込書

★[ハピルス健診の提携健診機関](#)でご受診の場合、この用紙は不要です。

(33才以上の被保険者用) *年1回受診

【受診有効期間】・・・2026年4月1日～2027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	<input type="checkbox"/> 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、1992(H04)年4月1日～1994(H06)年3月31日生まれ迄の方です。		
	<input type="checkbox"/> 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、～1992(H04)年3月31日生まれ迄の方です。		
	<input type="checkbox"/> 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、1986(S61)年4月1日～1987(S62)年3月31日生まれの方です。 満50才は、1976(S51)年4月1日～1977(S52)年3月31日生まれの方です。 満60才は、1966(S41)年4月1日～1967(S42)年3月31日生まれの方です。		
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
		血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
		コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
		現在、たばこを習慣的に吸っている。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 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・請求書と一緒に送ってください。