

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

健康保険証 記号番号： 1 2 3 - 4 5 6 7 8		被保険者名（社員名）： 有線 太郎	
受診者 (家族)	フリガナ：ユウセン ハナコ		氏名：有線 花子
	続柄：配偶者	生年月日： 1 9 8 6 年 6 月 1 日 (満 〇〇 才)	
	現住所 〒 1 2 3 - 4 5 6 7 〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 1		
	TEL 0 0 0 (0 0 0 0) 0 0 0 0		
チ エ ッ ク	☐ 生活習慣病	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。	
	☒ 人間ドック	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： 20〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇)			

記入
必須

(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・請求書と一緒に送ってください。
※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

T E L 06-6647-8484 F A X 06-6647-8485