

パートナー健診受診申込書

★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。

(35才以上の被扶養配偶者用) *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。

*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： 123-45678	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： 1986年 6月 1日（満 〇〇 才）
現住所 〒123 - 4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-1	
TEL 000 (0000) 0000	
チェック <input type="checkbox"/> 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。
<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック	満35才以上とは ~1992(H04)年3月31日生まれ迄の方です。
<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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。