

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。

健康保険証 記号番号： 1 2 3－4 5 6 7 8

受診者名（被保険者名）： 有線 次子

生 年 月 日： 1 9 7 4 年 7 月 1 日 (満 4 9 才) ※受診時点で満 49 才の場合もあります

現 住 所 〒1 2 3-4 5 6 7
〇〇県〇〇市〇〇町 1－1

TEL 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

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 |

記入
必須

受 診 日： 2 0 2 4 年 6 月 1 日 (〇)

(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。
※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

TEL 06-6647-8484

FAX 06-6647-8485