

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： 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 6 5 年 7 月 1 日 （満 5 9 才）※年度内に満 60 歳到達			
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 <u>25,300 円(税込)</u> 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 <u>44,000 円(税込)</u> となります。 満 35 才以上とは、 ～1991 (H02) 年 4 月 1 日生まれの方です。		
	☒ 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 <u>55,000 円(税込)</u> 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 <u>7,700 円(税込)</u> 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： 2 0 2 5 年 6 月 1 日 (〇)			

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。
※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。