

# 令和7年度 人間ドック利用申込書

**申込期限** 健診受診日の2週間前まで

**※申込期限を厳守してください**

健保組合の事前承認がないと利用料金の補助はできません。

事業主記入欄

事業所名称  
事業主氏名  
電話番号

下記の者より、人間ドックの受診にかかる同意があったことを確認しました。

※必ず口にて✓を付けてください

\*被保険者の方は、事業所を経由し提出してください。被扶養配偶者および任意継続の方は、事業主記入欄は不要です。

健康保険 被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和	年	月	日
	(フリガナ)		性別	年度末年齢	受診者区分		
受診者氏名			男・女	歳	被保険者・被扶養配偶者		
現住所 及び 電話番号	〒		TEL				
健診機関名			受診日	令和	年	月	日 ( )
(女性の方) オプション検査 申込の有無	有・無	子宮頸がん検診(子宮頸部細胞診)		◆自己負担額 1,500円		(ご注意) 子宮がん・乳がん検診の項目がドック基本コースに含まれている場合は別途自己負担額は必要ありませんので健診機関別料金表にてご確認ください。	
	有・無	乳がん検診(乳房超音波またはマンモグラフィーの選択)		◆自己負担額 1,500円			
自己負担額  料金表の金額を 記載してください	人間ドック		円	自己負担額の支払方法(①または②)			
	オ プ シ ョ ン	子宮頸がん検診	円	①	健康保険組合 窓口にて現金払い		(健保使用欄)
		乳がん検診	円	②	銀行振込 (振込先口座へ○印をしてください)		
	合計		円	振 込 先	三菱UFJ銀行 船場支店 (普)0300401		
					三井住友銀行 船場支店 (普)0966058		
			りそな銀行 大阪営業部 (普)7339059				
			みずほ銀行 船場支店 (普)1043637				

上記のとおり予約が完了しましたので、自己負担額を添えて申し込みます。

同意書	(1)当健保組合が健診機関から健診結果の報告を受けること。		
	(2)健診結果より特定保健指導の対象となった場合は、必ず特定保健指導を受けること。		
	※(1)(2)の内容及び下記【注意事項】について了承のうえで人間ドックを受けることに同意します。 <input type="checkbox"/>		
大阪装粧健康保険組合 様	※必ず口にて✓を付けてください		
令和	年	月	日 (受診者氏名)

## [ 注 意 事 項 ]

### ◎自己負担額について

・自己負担額は、各健診機関の契約料金から組合補助額25,000円を控除した額です。(自己負担額の下限は10,000円です)

### ◎オプション検査について

- ・子宮頸がん検診・乳がん検診は、オプション検査として同時に受けることができます。ご希望の方は、必ず事前に予約してください。自己負担額はそれぞれ1,500円が必要となりますので、申込書提出時に人間ドック自己負担額とあわせて健保組合へお支払ください。
- ・原則、胃がん検診はX線検査とします。なお、内視鏡検査に変更することもできますが、差額が生じる場合は自己負担となり、差額は健診予約時にご確認のうえ各健診機関に直接お支払ください。

### ◎特定保健指導実施について

- ・健診結果から特定保健指導の対象者となった場合、人間ドックの受診日当日に、特定保健指導の初回面談を実施できる健診機関では、対象者の方にお声がけがありますので必ず受けてください。
- ・当日特定保健指導を実施していない健診機関で受診された場合は、後日健保組合より特定保健指導の利用券を発行しお送りしますので、特定保健指導を受けていただくようお願いいたします。

**下記の場合は、必ず事前に健保組合までご連絡をお願いします**

- ①人間ドックの申込内容に変更があった場合(日程変更・健診機関の変更・子宮頸がん・乳がん検診の追加やキャンセル)
- ②子宮頸がん・乳がん検診を当日受診することになった場合(事前予約なしの当日受診は補助金の対象外となります)

《個人情報について》健診結果については、健保組合が実施している保健指導・健康相談などの事後フォローおよび、統計資料等に必要不可欠なため、健診機関より健保組合へ報告されることとなっておりますので、人間ドック利用申込にあたりましては、あらかじめ御了承ください。健診機関より提供を受けた健診結果は、個人情報保護法ならびに当健保組合個人情報保護管理規程を遵守し、健保組合が実施している健康管理業務以外に使用することはありません。