

令和8年度 人間ドック利用申込書

事業主記入欄	事業所名称	申込期限 健診受診日の2週間前まで
	事業主氏名	
	電話番号	※申込期限を厳守してください ※必ず事前に申込書を提出してください ※必ず口に✓を付してください
	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 <input type="checkbox"/>	

*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。

健康保険資格情報	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	補助額 2,000円	支払方法	健診機関へ検査費用をご確認のうえ、差額を直接 健診機関 へお支払いください。(健保への支払不可)	
	有・無	乳がん検診	<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー	補助額 2,000円			
基本料金	自己負担額	円		①または②の支払方法にて 健保組合 へお支払いください (健保使用欄)			
	支払方法	① 健保組合窓口払い	② 銀行振込	振込先	②の場合、振込先口座に○印をしてください 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✓を付してください 令和 年 月 日 (受診者氏名)	

【人間ドック受診に関する注意事項】

◎人間ドック(基本料金)の自己負担額について (※オプション代金を除く)

人間ドックの組合補助額は、20,000円です。

- 各健診機関の契約料金から組合補助額を差し引いた残額を、当健康保険組合へお支払いください。
- 自己負担額は、健診機関一覧表にてご確認ください。
- 原則、胃の検診はX線検査です。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ます。差額分は、健診受診時に健診機関の窓口にてお支払いください。

◎オプション検査について

令和8年度より、すべてのオプション検査代金は、各健診機関にてお支払いください

※下記のオプション検査のみ、健診機関でお支払いの際に当健康保険組合の補助があります。

- 子宮頸がん検診(子宮細胞診)・・・組合補助額 上限2,000円
- 乳がん検診(乳房エコーまたはマンモグラフィーのどちらか選択)・・・組合補助額 上限2,000円
各健診機関のオプション代金から組合補助額を差し引いた残額を、健診受診時に健診機関の窓口にてお支払いください

◎特定保健指導について

- 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

《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。