

契約健診機関外用 健康診断申込書

立替

- ・ 特定健診を受診する場合は、「特定健康診査 健診受診カード申請書」または「特定健康診査受診券 申請書」をご提出ください。
- ・ 任意継続者は、事業所名に「任意継続」と記入し、工場・支店名・担当者名は記入不要です。

◎必要な範囲での個人情報の提供について同意のうえ申込みます。

申込日 年 月 日

保険証 記号		事業所名		工場・ 支店名				
所在地 【送付先】	〒			電話番号				
				担当者名				
受診 機関	名称			所在地(市区町村名まで)				
				都道 府県	市区 町村			
該当するものに○ をつけてください	健診区分 [コース]	1. 定期健診 / 簡易健診				2. 生活習慣病予防健診	3. 人間ドック	
保険証		フリガナ		性別	続柄	生年月日	健診予定日	備考
記号	番号	氏名						
				1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
				2.女	2.家族			
				1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
				2.女	2.家族			
				1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
				2.女	2.家族			
				1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
				2.女	2.家族			
				1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
				2.女	2.家族			
				1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
				2.女	2.家族			
				1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
				2.女	2.家族			

※裏面の注意事項も必ずお読みください。

「 健保組合受付印 」

★ 注意事項 ★

立替(裏)

- ・ 「進興会 東プラ健診クリニック(東プラ健保会館2階)」は、この用紙ではございません。
- ・ 被保険者の健診は必ず事業所経由でご提出ください。(健診日に任意継続者の場合を除く)
- ・ 受診機関別、健診区分(コース)別に申込書を作成してください。
- ・ 受診者数が多い場合は、この申込書を表紙にして事業所が作成した受診者名簿を添付しても差し支えありません。
保険証番号順にして、健診申込に不必要な情報(事業所独自の社員番号・役職等)は記載しないでください。
- ・ 健診日の14日前までにこの申込書を保健事業課に提出してください。
- ・ 人間ドック・生活習慣病予防健診の検査項目は、明確な定義がないため、受診機関により検査項目が異なります。検査項目について、受診前に必ずご確認ください。
当組合が定めた「健康診断 検査項目」以外の検査費用は、補助金の対象とはなりません。
※「健康診断 検査項目」は、組合ホームページでご確認できます。

◎ 対象年齢は年度末時点です。

対象者	健診種別
35歳未満 被保険者	簡易健診 / 定期健診
35歳以上 被保険者・被扶養者	生活習慣病予防健診 人間ドック

※人間ドックの対象者は、令和6年4月1日受診分から上記に変更しました。

◎ 次に該当する場合は、組合の費用補助はございません。(全額自費)

- ・ 健診日に当組合の資格がないとき
- ・ 35歳から39歳までの方で血液検査等が未実施のとき
- ・ 40歳以上の方で特定健診の未実施項目がある又は「特定健診質問票」の提出がないとき
- ・ 年度内(4月から翌年3月まで)に2回目以降の健診のとき(異なる健診コースを複数受診した場合を含む)

※年度内に健診を2回以上実施したときは、健診種別(コース)を問わず、原則として年度内の1回目^が組合補助対象、2回目以降が組合補助対象外になります。

◎ 組合補助対象外の健診の場合は、組合に申込書を提出する必要はございません。

被保険者(35歳未満)の法定健診について

労働安全衛生規則第44条第2項による血糖・貧血検査、心電図等の省略は、個々の労働者ごとに医師が省略が可能であると認める場合のみとされています。

詳細は、都道府県労働局又は労働基準監督署まで直接お問合せください。

※定期健診をおすすめいたします。