

人間ドックについて

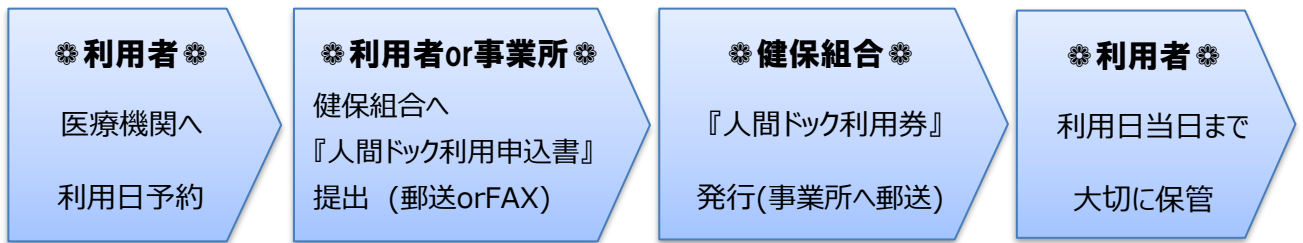
対象者及び負担金

対象者	健保組合負担金	利用者負担金(実施医療機関へ支払)
35歳以上の被保険者	26,000円	総費用 - 26,000円 = 利用者負担金
35歳以上の被扶養者	20,000円	総費用 - 20,000円 = 利用者負担金

* 対象年齢は、実施年度における年度末時点の満年齢

- 年間利用予定人員** 1,200 名
- 実施時期** 本年4月1日～翌年3月31日
- 実施医療機関** 別紙参照 県外の医療機関は、健保連指定施設(日帰り)に限りますので必ず健保組合へお問い合わせを。
- 検査項目** 身体計測、胸部X線、消化器、心電図、血液、眼底、尿 その他
- 利用方法**

▶ 人間ドック申込の流れ ☆利用日1ヶ月前までに・・・



▶ 人間ドック当日の流れ



利用日変更した場合 ➡ 健保組合へ連絡

人間ドック中止の場合 ➡ 健保組合へ連絡 ➡ 『人間ドック利用券』を健保組合へ返送

【注意事項】

- ❖ 人間ドックを受ける場合は、健康診断(40歳以上の被扶養者は特定健康診査)は受けられません。
- ❖ 人間ドック受検当日、当健康保険組合の被保険者、被扶養者資格を有していない場合は補助対象外です。

【個人情報の取得と利用目的】

契約健診機関で人間ドックを受診される場合、健診結果は健康保険組合へ報告されます。健診結果は、組合員の健康管理と健康保険組合の統計資料等の疾病予防事業に活用させていただきます。プライバシーの保護には万全を期し、目的以外には使用いたしません。申込書の提出をもって同意を得たものといたしますので、個人情報の取得及び利用について同意のうえお申し込みください。

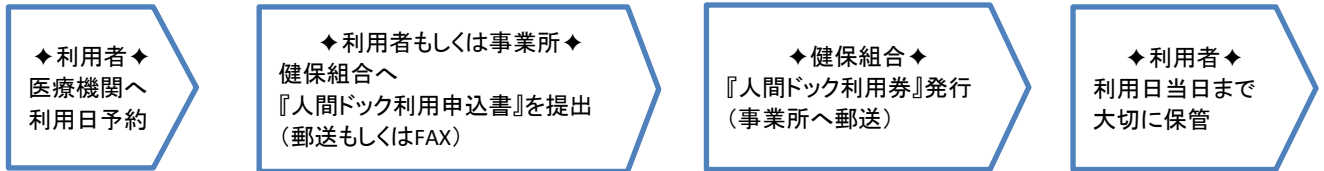
人間ドック利用申込書

☆対象者 35歳以上の被保険者及び被扶養者
(対象年齢は実施年度における年度末時点の満年齢)

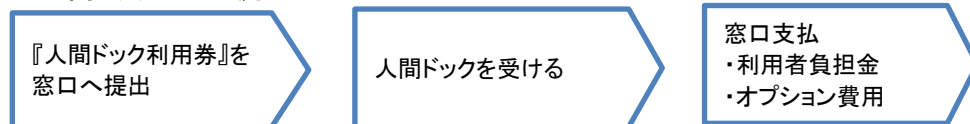
記号－番号	—	事業所名			
被保険者氏名					
住 所	〒 — Tel () —				
フリガナ				続柄	本人・家族
利用者氏名				性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)	健負担金 1. 被保険者 ⇒ 26,000円 2. 被扶養者 ⇒ 20,000円
利用 事 項	年月日	令和 年 月 日 (曜日)			
	コース	日 帰り ・ 1泊2日 (利用コースを○で囲んでください)			
	利用機関 所在地	都・道 府・県	市・区		
	名 称	〒() —			
連絡先	担当者氏名		電話番号	() —	

この利用申込書の提出をもって、下記注意事項及び人間ドックの結果を健康保険組合が取得することに同意したとみなします。

◆人間ドック申込の流れ



◆人間ドック当日の流れ



利用日を変更した場合 ⇒ 健診機関および健保組合へ連絡してください。

人間ドックを中止する場合 ⇒ 健診機関および健保組合へ連絡の上、『人間ドック利用券』を健保組合へ返送してください。

【注意事項】

- ・人間ドックを受ける場合は、健康診断の補助（40歳以上の被扶養者は特定健康診査）は受けられません。
- ・人間ドック受検当日に、当健康保険組合の被保険者・被扶養者資格を有していない場合は補助対象外です。

健保受付印

静岡県中部機械工業健康保険組合

FAX可 (054) 255-0848

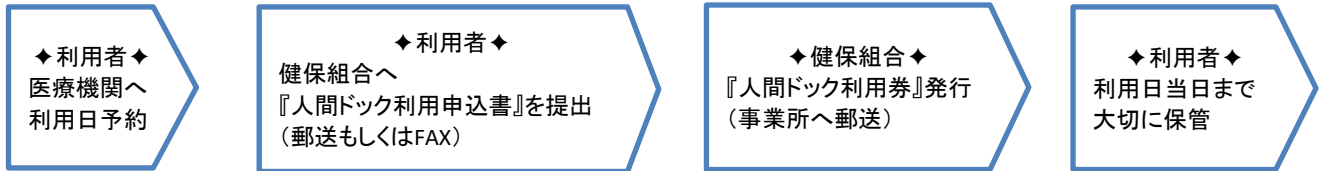
人間ドック利用申込書

☆対象者 35歳以上の被保険者及び被扶養者
(対象年齢は実施年度における年度末時点の満年齢)

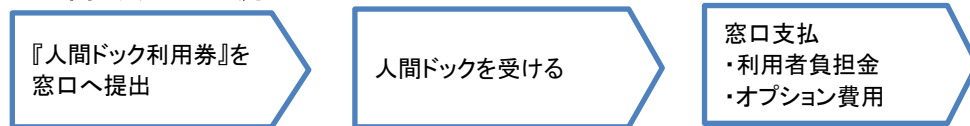
記号－番号	999 －	事業所名	任意継続	
被保険者氏名				
住 所	〒 _____ Tel (_____) _____			
フリガナ		続柄	本人 ・ 家族	
利用者氏名		性別	男 ・ 女	
生 年 月 日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	健 担 保 金	1. 被保険者 ⇒ 26,000円 2. 被扶養者 ⇒ 20,000円	
利 用 事 項	年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)		
	コース	_____ 日 帰り ・ _____ 1泊2日 (利用コースを○で囲んでください)		
	利用機関所在地	都・道 府・県 _____ 市・区		
	名 称	_____ 番 (_____) _____		
連絡先	上記の自宅電話番号と相違する場合は必ずご記入ください _____ 番 (_____) _____			

この利用申込書の提出をもって、下記注意事項及び人間ドックの結果を健康保険組合が取得することに同意したとみなします。

◆人間ドック申込の流れ



◆人間ドック当日の流れ



利用日を変更した場合 ⇒ 健診機関および健保組合へ連絡してください。

人間ドックを中止する場合 ⇒ 健診機関および健保組合へ連絡の上、『人間ドック利用券』を健保組合へ返送してください。

【注意事項】

- ・人間ドックを受ける場合は、健康診断の補助（40歳以上の被扶養者は特定健康診査）は受けられません。
- ・人間ドック受検当日に、当健康保険組合の被保険者・被扶養者資格を有していない場合は補助対象外です。

健保受付印