**人間ドック受診申込／補助金申請書**

健保情報\_申請書31

ﾉﾘﾀｹｸﾞﾙｰﾌﾟ健康保険組合２０２５.４改正

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診申込書 | 保険証記号・番号 | | ○○○－○○○○ | | | 受診者の区分 | 本人 ・ 配偶者 |
| 被保険者氏名 | | 則武　太郎 | | | 受診者氏名 | 則武　花子 |
| 連絡先 | | 自宅ＴＥＬ　　 ○○○－○○○－○○○○ | | | | |
| 健診機関名称 | | ○○健診センター | | | | |
| 健診機関電話番号 | | ○○○-○○○-○○○○ | | | | |
| 受診日  20○○年○月○日 | | | | 署名 | 下記確認事項を全て了承の上、人間ドック健診を申し込みます(受診者自筆)  則武  則武　花子（受診者の自筆にてご記入ください） | | |
| 受診承認印 | |  | | 受診証明欄 | 印 | | |

ご利用に当たっての確認事項

１．受診資格

　　３５歳以上の被保険者（以下、本人）、被扶養者の配偶者(以下、配偶者)　※任意継続被保険者除く

２．補助金額

　　１２，０００円／年度内１回　本人は会社から会社健診相当額が別途支給。会報等で確認のこと。

３．検査項目

　　『人間ドック基本検査項目表』の検査項目を全検査の場合のみ補助（契約健診機関は検査項目充足）

４．申込/補助金申請方法

　　 本人 ：「契約健診機関」はこの申請書は不要。**健保名**を伝え自身で予約、又は会社の会報等で申込。

「その他健診機関」は下記参照。

①　健保指定の人間ドック基本検査項目が満たされた健診機関を確認し、自身で予約。

②　検査終了後、この用紙の受診証明欄に受診先の証明押印。

③　この用紙に必要書類（健診結果写し、問診票）を添えて健保へ提出。（**本人は会社経由**で提出）

　　配偶者：「契約健診機関」は下記参照。

「その他健診機関」は本人の「その他健診機関」と同様。

①　**健保名**を伝え自身で予約。この用紙に必要事項を記入し、受診の10日前までに健保へ申請。

健保で受診承認後、用紙を返却。

　　②　受診時に健診機関へこの用紙を提出

５.支払・補助方法

　　「契約健診機関」は健診窓口で補助差引後の自己負担金だけを支払い。

　「その他健診機関」は一旦全額支払い。健保に必要書類到着後３ヶ月以内に給料に加算支給。

６．補助申請期限　　年度末３月３１日（健保必着）

７．注意点

　　①　個人の判断による検査項目のキャンセルはできません。

　　②　特定保健指導対象者となった場合は、保健指導を受けること

　　③　特定健診（家族対象)との重複補助は不可

④　異常が見つかった場合は、必ず医療機関を受診のこと

⑤　検査結果は、健保並びに事業主(本人データのみ)にも通知され、保健指導や受診勧奨に活用

**契約健診機関**

|  |  |
| --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 |
|  |  |
| 係 | 係 |
|  |  |

オリエンタル クリニック　　　　　　(名古屋市) 　 TEL:052-741-5181

ひまわりクリニック　　　　　　 (名古屋市)　　TEL:052-571-0801

名古屋駅健診クリニック　　　　　　 (名古屋市)　　TEL:052-551-1600

愛知健康増進財団　　　　　　　 (名古屋市)　　TEL:052-951-3919

栄エンゼルクリニック　　　　　 (名古屋市)　　TEL:052-238-0323

中京サテライトクリニック　※追加　（豊明市) TEL:0562-93-8222

豊田厚生病院　健診センター (豊田市) TEL:0120-78-5050

明治安田新宿健診センター　　　 (東京都)　　　TEL:0570-03-5489

オリエンタル上野健診センター (東京都)　　　TEL:03-5816-0720

アルファメディック・クリニック　 (川崎市)　　 TEL:044-511-6116

オリエンタル労働衛生協会　大阪支部 (大阪市)　 TEL:06-6266-6440

新古賀クリニック健診管理センター (久留米市)　 TEL:0570-05-2485

聖マリアヘルスケアセンター　 　　 (久留米市)　 TEL:0942-36-0721

朝倉健生病院　　　　　　　　　　　（朝倉市）　 　TEL:0946-22-5511

松阪市健診センター　　　　　　 　 (松阪市)　　 TEL:0598-23-7563