

健保『人間ドック』を申し込みされる方へ

R5年

～下記要領をよくお読みください～

アンリツ健康保険組合

《人間ドックを受診できる方》

●35歳以上の被保険者

●35歳以上の被扶養者である配偶者

- ・会社の定期健康診断を受診されない方は、9月までに受診してください。
(特定保健指導実施の関係で、健診結果が必要になります)
- ・疾病予防対策ですので、検査項目の削除は認めていません。(全項目受診が補助対象)
胃カメラへの変更は可能ですが、変更により発生する差額は自己負担です。
- ・任継者健康診断・被扶養者健康診断を受ける方は、補助の対象外となります。

《申し込みから受診まで》 ※契約コースのみ (検査項目については、各健診機関に確認ください)

【受診期間】定期健康診断を受診されない方:4～9月、任継者・被扶養者:7～12月、その他:要相談

- ①予 約……受診者が【健診機関】に予約し、受診日を決定します。案内は健診機関から自宅に郵送。
- ②申 込……『人間ドック申込書兼利用券』に記入し、2週間前までに**健保組合**へ提出して下さい。
- ③利用券……『人間ドック申込書兼利用券』に健保組合が押印をして受診者に返送します。
- ④受 診……『人間ドック申込書兼利用券』を【健診機関】の受付窓口へ提出し、受診して下さい。
- ⑤支 払……受診当日【健診機関】窓口で、自己負担額(オプション検査代含む)をお支払い下さい。
- ⑥結 果……【健診機関】から受診者(自宅)及び健保組合に送付されます。

《変更・キャンセルの場合》 ※連絡をしない場合、補助の対象外となることもあります。

必ず【健診機関】と**健保組合**(下記問合せ先)の両方に連絡をして下さい。

なお、取消による違約金が発生した場合は、自己負担となります。

《脳ドック・宿泊ドック等のオプション検査を希望する場合》

契約コースの予約時に、一緒にお申込みください。(項目等は、予約時にご確認下さい)

《費用について》

アンリツ健康保険組合が、費用の7割を負担します。(受診者負担3割)

但し、費用補助の上限は次の通りです。 ※補助は、年度1回を限度とする。

一般被保険者・被扶養者：31,000円(消費税含む)

任継被保険者・被扶養者：27,000円(消費税含む)

受診者負担額(オプション検査代含む)は、受診当日に窓口でお支払い下さい。

契約コース以外のオプション検査については、全額自己負担です。(婦人検診もOP扱は自己負担)

《その他の注意事項》

※被保険者が、会社の定期健康診断と重複して受診する場合は、原則として前回および次回の健診と5ヶ月以上の期間をとる(定期健診後すぐに受診する場合お断りすることがあります)

※申込書は、受診日の2週間前までに健保組合に提出して下さい。

※利用券は、補助を受けるのに必要です。提出忘れや紛失に注意願います。(再交付しません)

※人間ドックの結果により、健保組合からご連絡させていただくことがあります。

※会社の定期健康診断の代わりに受診される方の結果は、健保組合から健康管理室へ提供します。

提供することに同意いただけない方は、申込書提出時に健保組合にお知らせください。

※利用券を、他人に譲渡または貸与した者は、費用の全額を負担し、以後の利用は認められません。

申込・問合せ先：アンリツ健康保険組合(AGX) 内線：821-4300 ダイヤル：046-296-6720

＜個人情報の取扱いについて＞ この個人情報は、健康の保持増進のために、健保組合と産業保健スタッフ(本人同意の場合)および「保健指導」委託業者のみが使用し、他の目的には使用しません。

令和5年度

人間ドック 申込書 兼 利用券

※太枠の中をボールペンで記入してください

被 保 険 者	会社名					職場記号					内線				
	被保険者証	記号	1	3		番号									
	氏名	※受診者が被保険者の場合は省略可													
受 診 者	フリガナ					性別	男 ・ 女		続柄						
	氏名					生年月日	昭和	年	月	日	受診日年齢 (歳)				
	フリガナ	〒				TEL ()									
	住所														
予 約 内 容 (受 診 者 が 予 約)	他健診	人間ドックと健保の任継者健診・被扶養者健診の両方の補助は受けられません () 会社の健康診断を受診する ⇒ 定期健診時の健保検診等は受診不可 () 会社の健康診断を受診しない ⇒ 4月～9月に受診ください () 任継者健診・被扶養者健診を受診する ⇒ 人間ドックの補助が受けられません () 任継者健診・被扶養者健診を受診しない ⇒ 7月～12月に受診ください													
	いすれかに ○														
	健診機関名	契約機関一覧より選択 (本社・東北・大阪以外の方で健保連指定施設の希望者は要事前相談)													
	受診日	20	年	月	日	()	胃部検査 <どちらか選択>	<input type="checkbox"/> X線 (バリウム) <input type="checkbox"/> 内視鏡		婦人科の追加 <別料金の場合>	有 ⇒ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん 無 <input type="checkbox"/> 乳房触診・超音波				
注) 受診日変更 ⇒ 健保の了解必要															
チエック項目	・ 次の期間に受診しますか <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 【被保険者】 4～9月 【任継者・被扶養者】 7～12月 ⇒ 期間外の理由 () ・ 健診項目を全て受診しますか <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (項目をキャンセルした場合⇒補助なし)					備考									
健保欄	結果														
	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	年	月	日	取得	年	月	日	認定						

- 【注意】
- ・ 申込書は、受診日の2週間前までに提出
 - ・ 申込書の提出が遅れた場合や受診後の提出では、健保の補助を受けられません
 - ・ 申込書の提出により、人間ドックの結果を健康保険組合へ送付することの同意とみなします
 - ・ 定期健康診断の代わりに受診される方の結果は健康管理室に提供します (定健受診の有無を確認します) 提供することに同意いただけない方は、この申込書提出時に健保組合にお知らせください。
- ・ 検査項目は全て受診ください (削除不可)

<個人情報の取扱いについて> この個人情報は、健康の保持増進のために、健保組合と産業保健スタッフ (本人同意の場合) および「保健指導」委託業者のみが使用し、他の目的には使用しません。

健 保 記 入 欄	人間ドック契約医療機関 殿	※健保印や訂正印がないものは、無効													
	上記受診者は、アンリツ健康保険組合の「人間ドック」補助の対象者と認めます。 人間ドック料金から補助額を除いた受診者負担額は、当日受診者より徴収してください。 健診結果・電子データおよび請求書は、アンリツ健康保険組合に送付してください。														
	【補助額】	一般・任継	/	被保険者・被扶養者											
		31,000円	27,000円		円 (7割)	20	年	月	日						
		【保険者番号】	06142111				アンリツ健康保険組合 ㊞								