

【人間ドック】をお申込みされる方

～下記要領をよくお読みください～

R6年
アンリツ健康保険組合

*年齢はR7.3.31現在

補助対象者	35歳以上の被保険者・35歳以上の被扶養配偶者 (任意継続被保険者・被扶養配偶者を含む)	
受診期間	被保険者	R6年4月～R6年9月末
	被扶養配偶者	R6年7月～R7年2月末
補助金額	基本コース料金(税込)の7割を補助 (上限額あり)	
	[一般]被保険者・被扶養配偶者	(上限)31,000円
	[任継]被保険者・被扶養配偶者	(上限)27,000円
自己負担対象となるもの	※基本コースに含まれていないオプション検査費用 ※胃部X線→胃カメラに変更した際に発生する差額分 ※婦人科オプション(子宮・乳房)の検診費用 → 後日、健保宛に「補助金申請書」を提出	

◆申込～受診・補助金申請まで◆

健診機関申込	・[人間ドック契約健診機関一覧]より健診機関を選択し、受診者本人が健診機関に直接申し込んでください。 ※必ず『アンリツ健保の補助を利用する』旨を伝える ・[健保連指定機関]で受診希望する方は、健保組合にお問合せください。
健保申込	受診日の2週間前までに 「人間ドック申込書 兼 利用券」を健保組合に提出してください(PDFでの提出も可) ※健保受領後、「利用券」としてお渡します
受診	「人間ドック申込書 兼 利用券」と「健康保険証」を健診機関窓口へ提出し、受診
支払	受診日当日、自己負担分(オプション検査代含む)をお支払いください
結果	受診者(自宅)及び健保組合に送付されます
婦人科検診補助金申請	婦人科オプションを受診した方は、 婦人科検診補助金申請書 を健保宛に提出 ※「検診結果(写)」と「領収書(原本)」を添付

変更・キャンセル	受診日の変更、キャンセルをした場合は、必ず健保組合にご連絡ください
----------	-----------------------------------

注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 基本項目の検査はすべて受診してください(*原則、キャンセル不可) ● 会社の定期健康診断の代わりに人間ドックを受診する方は、9月までにご受診ください 受診期間内に受診できない方は、事前に健保組合にご相談ください ● 会社の定期健康診断と重複して人間ドックを受診する場合は、原則として5か月以上の期間を空けて、2月末までにご受診ください ● 任継者健診・被扶養者健診を受ける方は、補助対象外となります
その他連絡事項	○人間ドックの結果により、健保組合からご連絡させて頂くことがございます ○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。 <u>注</u> 提供することに同意いただけない方は、健保申込時にお知らせください

申込・問合せ先	アンリツ健康保険組合 (AGX)	AGX@zz.anritsu.co.jp TEL 046-296-6720 (内)821-4300
---------	------------------	--

被保険者(受診者) ⇒ アンリツ健康保険組合(AGX) ⇒ 受診者 ⇒ 健診機関 ⇒ 健保組合

令和6年度

人間ドック 申込書 兼 利用券

健保受付No. _____

※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			番号				
	氏名								注) 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	本人・配偶者		
	氏名			生年月日	西暦		受診日年齢		
	住所	〒				年 月 日 (歳)		TEL ()	
予 約 内 容	健診機関名	*契約健診機関一覧より選択 (健保連指定機関の希望者は要事前相談)							
	受診日	西暦		年 月 日 ()		※受診日を変更する場合は 健保組合へ連絡してください			
	胃部検査 (どちらか選択)	<input type="checkbox"/> X線検査(バリウム) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査(胃カメラ)		婦人科 オプション		<input type="checkbox"/> 子宮がん検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー			

■ 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			
	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。 人間ドック基本料金から下記補助額を超える差額は、当日受診者より徴収してください。 なお、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	被保険者	31,000 円
		任継	被扶養配偶者	27,000 円
				円
	20 年 月 日		アンリツ健康保険組合 印	
	[保険者番号] 06142111			
資格確認	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養配偶者	年 月 日 取得 年 月 日 認定	結果:	

※健保印がないものは無効