

人間ドックをお申込みされる方

【実施要領】

R7年
アンリツ健康保険組合

*年齢はR8.3.31現在

補助対象者	35歳以上の被保険者 (任継継続被保険者含む)	35歳以上の被扶養配偶者
受診期間	被保険者	R7年4月 ~ R7年9月
	被扶養配偶者	R7年7月 ~ R8年2月
補助金	基本料金(税込)の73%を補助(上限額あり) 注)人間ドック補助は、年度1回を限度とする	
	[一般]被保険者・被扶養配偶者	(上限)32,500円
	[任継]被保険者・被扶養配偶者	(上限)27,500円
自己負担	・基本料金(税込)の27% ・胃内視鏡に変更した際の差額分 ・コースに含まれないオプション検査項目費用 ・婦人科検査分(子宮/乳房) ➡ 後日【婦人科検診補助金申請書】提出で補助あり [被保険者用] [被扶養者用]	

■ 申込～受診まで

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。 【人間ドック契約健診機関一覧】 ※必ず『アンリツ健保の補助を利用する』旨を伝える
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】を提出 *PDFでの提出も可 【人間ドック申込書 兼 利用券】 ※健保受領後、「利用券」としてお渡しします
受診	「人間ドック申込書 兼 利用券」と「健康保険証 or マイナ保険証」を健診機関窓口に提出し、受診
支払	受診日当日、 <u>自己負担分</u> 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

変更・キャンセル	健診機関で受診日を変更した後、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) ※医師等からの特別な理由により辞退される方 人間ドック検査項目辞退届 ● 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 (特定保健指導実施の関係で健診結果が必要になるため) 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 ● 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場合がございます ○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。 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
---------	------------------	--