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

PDF送付先アドレス _AP_JP_AGX@anritsu.com

令和8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

被保険者証		記号		番号			
被保険者氏名				社員番号			
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 年 月 日（ 歳） 受診日年齢		
	住所	〒 TEL （ ）					
予約内容	健診機関名	*契約健診機関一覧より選択 （健保連指定施設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〉	☐ X線検査（バリウム） ☐ 内視鏡検査（胃カメラ）		婦人科オプション	☐子宮がん検査 ☐超音波検査 ☐マンモグラフィー		

注意事項

●**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）**

受診日当日、やむを得ずキャンセルする検査項目がある場合にはご連絡願います。

●受診日当日「人間ドック申込書 兼 利用券」・「マイナ保険証/資格確認書」は資格確認のために必要ですので、忘れずにお持ちください。

■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分は、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		円
	任継		被扶養配偶者		32,500 円
					27,500 円

令和 年 月 日

アンリツ健康保険組合

印

※健保印がないものは無効

〔保険者番号〕 06142111

資格確認	☐ 被保険者	年 月 日 取得		結果：
	☐ 被扶養配偶者	年 月 日 認定		