【送付先：事業所→健保組合→健診機関】

人間ドック申込書（組合契約健診機関）

健 診 機関名	□（医）福慈会 □（医）恵生会 アプローズタワークリニック □（医）恵生会 恵生会病院 □（一財）みどり健康管理センター □（一財）大阪府結核予防会 □（医）健昌会　淀川健康管理センター

				受診者負担金 請求書送付先
事業所名				*左記、所在地以外へ請求書の送付を希望される場合のみ、ご記入ください
所在地	〒			
電話番号		担当		

	健康保険の記号・番号		氏　名	生 年 月 日	性別	本人家族	受 診 日
1			フリガナ	昭　　年　　月　　日	男 女	本人 家族	月　　日
	※健康保険の記号・番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。					実施年度の年齢（3月末時点）	歳
	住　所			電話番号		健保組合補助額（税込）	
	〒					対象年齢 対象外年齢	□ 20,000円 □ 10,500円
	*必ず選択してください 前立腺がん検査（PSA）（50歳以上の男性/追加料金なし）	有 無	【備考】 □ 乳がん（ □ 超音波・□ マンモグラフィー）、□ 子宮頸がん			乳がん 子宮頸がん	□ 2,000円 □ 2,000円
						※オプションで実施した場合	

	健康保険の記号・番号		氏　名	生 年 月 日	性別	本人家族	受 診 日
2			フリガナ	昭　　年　　月　　日	男 女	本人 家族	月　　日
	※健康保険の記号・番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。					実施年度の年齢（3月末時点）	歳
	住　所			電話番号		健保組合補助額（税込）	
	〒					対象年齢 対象外年齢	□ 20,000円 □ 10,500円
	*必ず選択してください 前立腺がん検査（PSA）（50歳以上の男性/追加料金なし）	有 無	【備考】 □ 乳がん（ □ 超音波・□ マンモグラフィー）、□ 子宮頸がん			乳がん 子宮頸がん	□ 2,000円 □ 2,000円
						※オプションで実施した場合	

	健康保険の記号・番号		氏　名	生 年 月 日	性別	本人家族	受 診 日
3			フリガナ	昭　　年　　月　　日	男 女	本人 家族	月　　日
	※健康保険の記号・番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。					実施年度の年齢（3月末時点）	歳
	住　所			電話番号		健保組合補助額（税込）	
	〒					対象年齢 対象外年齢	□ 20,000円 □ 10,500円
	*必ず選択してください 前立腺がん検査（PSA）（50歳以上の男性/追加料金なし）	有 無	【備考】 □ 乳がん（ □ 超音波・□ マンモグラフィー）、□ 子宮頸がん			乳がん 子宮頸がん	□ 2,000円 □ 2,000円
						※オプションで実施した場合	

【注意事項】
・太枠内は健保組合記入欄です。
・健保組合補助額は、実施年度（3月末時点）で、対象年齢の方は（40・45・50・55・60歳）は20,000円、対象外年齢の方は10,500円です。
オプションで乳がん検診（超音波検査またはマンモグラフィー検査）および子宮頸がん検査を受けた場合は、各2,000円を上限に補助いたします。
・その他オプション検査料金は、別途自己負担になりますので、健診機関窓口でお支払いください。
・この申込書は、予約後に健保組合へご提出（郵送またはFAX）してください。補助額等を確認後、健診機関へ郵送します。

【個人情報の取扱いについて】
申込書の記載事項および健診結果については、健診事後フォロー並びに受診勧奨のため、健保組合・事業所・健診機関が使用し、第三者に提供することはありません。

【実施健診機関へのお願い】
貴健診機関と当健保組合の契約に基づき、申込いたします。
健診費用請求書については、健保組合補助額（婦人科検診を含む）を健保組合に請求してください。
なお、受診者負担分につきましては上記「受診者負担金請求書送付先」をご参照のうえ、
ご対応いただきますようお願いいたします。

大阪産業機械工業健康保険組合
FAX 06-6372-5589