

## &lt;お願い&gt;

- ・必ず受診前に健保組合へ申込をお願いいたします。(事前に申込がない場合は補助ができません。)
- ・新型コロナウイルス等の感染症の流行が予想されますので、早めの受診をお勧めします。
- ・契約外施設で受診の希望の方は必須項目をご確認ください。項目が満たされていない場合は補助対象外となります。

## 1. 受診対象者

35歳と40歳(年齢基準日 令和4年3月31日)以上の被保険者及び被扶養者で下記に該当する方

**○被保険者:事業主が実施する定期健診(胃・大腸検査を含む 生活習慣病健診)を受診しない方**

※人間ドックは、事業主が実施する定期健診の代わりとなりますので、重複受診しないようお願いいたします。重複受診した場合は、個人請求いたしますのでご了承ください。

○被扶養者:婦人生活習慣病健診(10月から開催)等、他の健診を受診しない方

## 2. 健診施設

○健診施設は、**健診施設リスト**から選んで下さい。

## 3. コース

○基本コースは、**健保の契約している半日日帰りドック**です。

※胃検診の基本は、胃バリウム検査です。胃カメラに変更希望の場合は、**オプション費用を健診施設にご確認ください。**

○婦人科検診は、子宮がん検査(頸部細胞診・内診等)と乳房検査(視触診・エコー・マンモグラフィー等)を追加できます。健診施設により選択できる検査が異なりますのでご注意ください。

○再検査・精密検査は、健診施設の指示に従って下さい。(健康保険証を使用して一部自己負担)

## 4. 健診期間

○令和3年4月～令和4年2月

**※被保険者の方は10月まで、遅くとも12月末までに受診してください。ご家族も年度内の受診をお勧めします。**

## 5. 費用

○人間ドック基本コース費用(税抜き上限50,000円までが補助対象)の50%を自己負担していただきます。当日、健診窓口でお支払い下さい。窓口清算ができない施設については、別途、健保組合よりご連絡します。

○子宮がん検査と乳房検査はそれぞれ上限3,000円、前立腺がん検査(50歳以上のみ。コースに含まれている場合は別途補助なし。)は上限2,000円の補助を実施しますので、差額が自己負担額となります。

○婦人科・前立腺がん(PSA)検査以外のオプションについては全額自己負担となりますので受診当日にご清算下さい。

## 6. お申込み方法

**○ご自身で健診施設に予約し、予約日を申込フォームへ入力または申込書を記入のうえ、健保組合に送付して下さい。**

※予約の際は、荏原健保加入者である旨をお伝えください。また、健保の資格を喪失した場合は、受診できません。

※胃カメラは予約がとりにくくなっておりますので早めのご予約をお勧めします。

○受診日が近くなりましたら、健診施設よりご自宅へ案内が送付されます。

## 7. 健康診断結果について

当組合ではホームページ等でお知らせしているとおり、健康診断結果について事業主と共同利用し健康管理・保健事業等に活用しております。当組合へお申込みされた健診結果は、すべての項目について健診施設より報告を受ける事をご了承ください。健診結果の報告の停止を希望される場合は、担当者(事務長:050-3416-4210)まで御連絡下さい。

# 令和3年度 人間ドック申込書

<b>受 診 者</b>	保険証記号番号	記号	番号			
	(フリガナ) 氏 名		続柄	生 年 月 日		
				年 月 日		
	自宅住所 <small>(受診案内送付)</small>	〒 _____				
	自宅電話	( 電話 ) _____				
被保険者氏名			所属名			
			メール番号			
			TEL・内線			
健診施設	【No _____】		受診 予約日 *1	年 月 日		
オプション検査 ※予約した項目に☑を つけて下さい。	子宮がん検査(頸部細胞診・内診) <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/>		健 保 記 入 欄	基本¥		税¥
	乳房エコー <input type="checkbox"/> ・ マンモグラフィー <input type="checkbox"/>			子宮	乳房	前立腺
	胃内視鏡 *2 (胃カメラ) <input type="checkbox"/>			¥	¥	¥
	※自己負担金は健診施設での窓口清算です。(一部未対応施設あり)			合計=¥		
<p>以下の内容について確認の上、チェック☑と署名をお願いいたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 健保組合の案内文書、「人間ドックの受診について」を確認した。</p> <p><input type="checkbox"/> 人間ドックの結果について事業主へ報告することに同意します。 ※同意しない場合はこちらにチェックしてください⇒<input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 事業主で実施する定期健診(胃・大腸検査を含む生活習慣病健診)を受診しません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 申込者氏名</p>						

\*1 ご自身で直接健診施設へ予約をし、予約日を記入してください。

\*2 胃カメラをご希望の場合は、オプション費用がかかります。オプション費用をご確認ください。