



②③郵送、FAX、メールでの提出可。受診機関へのFAX送信済みチェックは必ずいずれかに入れてください。

受診機関への送信日 令和 年 月 日

御中

FAX: _____

東洋アルミニウム健康保険組合
大阪府八尾市相生町4-8-1
TEL&FAX 072-993-1771

人間ドック予約申込書【入力用】

- 令和6年4月受診日より補助内容は変更になりますのでご注意ください
- ① 実施年度4月1日～翌年3月31日（年1回）の補助です（定期健診・特定健診に代えて受診してください）
- ② 人間ドック・脳ドックは満35歳以上（年度末時点）の被保険者・被扶養者が補助の対象です
- ③ 自己負担＝【35～59歳】{（基本J+S+K'）} - ③脳ドック - ④婦人科健診 - 特定健診代 } - 25,000円
- ④ 自己負担＝【満60歳以上（年度末時点）】{（基本J+S+K'）} - ③脳ドック - ④婦人科健診 - 特定健診代 } - 25,000円
- 満60歳以上で高額医療費の所得区分がウエオであれば別途5,000円を補助する。但し、実額を限度とする
- ③ 自己負担＝脳ドック（オプション）でMRIまたはMRI/MRAを受診した場合は健保補助20,000円を超える額
- ④ 自己負担＝婦人科健診（乳がん・子宮頸がん）各項目1,000円（最大2,000円）
- 健診結果表は、契約機関より本人及び健保組合に通知されます
- 健保に届いた健診結果表は、被保険者は健診担当者（または会社）、被扶養者は健保組合が管理します。特定保健指導に活用する場合があります
- 社員の方は定期健診に代えて受診してください
- 任意継続被保険者及び被扶養者の方は特定健診に代えて受診してください ※「特定健診受診券」を返却してください
- 自宅に送られてきた健診結果表（写し）を健診担当者（または会社）に提出してください（任意）

保険者番号	0	6	2	7	0	0	9	4	会社名	
社員番号									事業所名	
被保険者証 記号番号（右詰）									出向先	
									氏名	

ふりがな		続柄		生年 月日						満年齢 (年度末時点)
受診者氏名										
ふりがな		続柄		生年 月日						満年齢 (年度末時点)
受診者氏名										
自宅 (送付先)	〒				TEL					自宅
日中の連絡先 (自宅又は勤務先)		会社名			事業所名					
		TEL			内線			部署名		

健診センター名		予約 日時	令和 年 月 日	曜日
			開始時間	:
検査項目	氏名		オプション検査	
	基本コース	() コース	<input type="checkbox"/> 胃カメラ ()	<input type="checkbox"/> 頭部CT
	婦人科検査 ※受診する検査を選択		<input type="checkbox"/> 脳MRI・MRA	<input type="checkbox"/> 脳MRI
	脳検査 (受診日・施設名)	受診日	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	
		施設名	その他オプション ()	
			() ()	
	氏名		オプション検査	
	基本コース	() コース	<input type="checkbox"/> 胃カメラ ()	<input type="checkbox"/> 頭部CT
婦人科検査 ※受診する検査を選択		<input type="checkbox"/> 脳MRI・MRA	<input type="checkbox"/> 脳MRI	
脳検査 (受診日・施設名)	受診日	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		
	施設名	その他オプション ()		
		() ()		
引去回数	2回払い（均等割）を希望することができます。		<input type="checkbox"/> 一括払い	<input type="checkbox"/> 2回払い（均等割）

備考	乳がん検査 (A又はB)	マンモ	A	<ul style="list-style-type: none"> ● 婦人科検査は、各項目1,000円本人負担です ● 乳がん検査は2項目目は全額負担です ● 「婦人科検査」欄で、受診する検査名をすべて選択してください。
		エコー	B	
	子宮頸がん検査		C	