

2025 年度 健康診断申込書  
(健保組合委託機関用)

こちらの申込書は、事業所  
ごとに取りまとめて提出し  
てください

【被保険者記入欄】

記号－番号	－	被保険者氏名	
事業所名			
生年月日（年齢）	昭和・平成 年 月 日（ 歳）		
住所	〒 ー		
電話番号 (日中の連絡先)	(携帯) ー ー (勤務先) ー ー	三谷ビル内線（ ）	

↓夫婦ドックの希望者は、下記の欄にもご記入ください

被扶養配偶者 氏名		生年月日(年齢)	昭和 年 月 日（ 歳）
--------------	--	----------	--------------

【健診申込欄】 希望する健診の申込欄に☑をしてください。オプション検査をご希望の方は希望するオプションに☑をしてください。

★人間ドック希望者は、各委託機関名の（ ）内に受診先希望順位(1～3)をご記入ください。(委託機関ごとに受診枠がありますので、申込多数の場合は抽選となり、第 1 希望をお取りできなかった場合は、第 2・第 3 希望となります。)

健診 種別	生活習慣病健診		人間ドック（★）			
委託 機関	労働衛生センター		労働衛生センター ( )	予防医学協会( )	済生会病院( )	
申 込 欄	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ		<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> 被保険者のみ <input type="checkbox"/> 夫婦 1 日ドック	
					<input type="checkbox"/> 胃カメラ(6 月鎮静剤希望) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(7 月以降鎮静剤無) <input type="checkbox"/> バリウムに変更希望	
					<input type="checkbox"/> 胃カメラ(6 月鎮静剤希望) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(7 月以降鎮静剤無) <input type="checkbox"/> バリウムに変更希望	
オ プ シ ョ ン 申 込 欄	乳がん	<input type="checkbox"/> マンモ 1 方向 (40 歳未満推奨) (50 歳以上推奨) <input type="checkbox"/> マンモ 2 方向 (40 歳代推奨)	乳がん	<input type="checkbox"/> マンモ 1 方向 (40 歳未満推奨) (50 歳以上推奨) <input type="checkbox"/> マンモ 2 方向 (40 歳代推奨)	乳がん	<input type="checkbox"/> 乳エコー (40 歳未満推奨) <input type="checkbox"/> マンモ 1 方向 (50 歳以上推奨) <input type="checkbox"/> マンモ 2 方向 (40 歳代推奨) <input type="checkbox"/> 乳エコー(マンモ併用)
	子宮がん	<input type="checkbox"/> 頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 経膈エコー	子宮がん	<input type="checkbox"/> 頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 経膈エコー	子宮がん	<input type="checkbox"/> 子宮がん
	<input type="checkbox"/> 脳ドック		<input type="checkbox"/> 脳ドック		<input type="checkbox"/> 脳ドック	

※乳がん検診・子宮がん検診で複数の検査を希望する場合(エコーとマンモ、頸部細胞診と経膈エコーなど)は両方に☑をしてください。  
※労働衛生センターでは乳がんエコー検査の実施無し ※乳がん検診・子宮がん検診・脳ドックは単独での申込は受け付けられません。(オプションのみ)  
※脳ドックを単独で受たい方は、「2025 年度健康診断申込書(健保組合委託機関外用)」の用紙にてお申し込みください。

【注意事項】

- 各種健診の費用補助は、2025 年度中に 1 回のみです。(生活習慣病健診・人間ドックはどちらか 1 つ)
- 委託機関それぞれで受診枠がございますので、申込者多数の場合は抽選となり、ご希望に添えない場合がございます。何卒ご了承ください。
- 委託機関で受診する場合の胃部検査について、労働衛生センターと福井県予防医学協会は X 線(バリウム)と内視鏡(胃カメラ)の選択となります。福井県済生会病院は原則内視鏡(胃カメラ・経口のみ)ですが、胃カメラで受ける方は「胃カメラ」に☑を、バリウム希望の場合は「バリウムに変更希望」に☑をしてください。また、済生会病院での胃カメラについて、これまで希望により実施していた鎮静剤の使用が 7 月 7 日をもって廃止となります。6 月までは鎮静剤使用可能ですので、希望の方は「胃カメラ(6 月鎮静剤希望)」に☑をしてください。詳細は、健診案内をご覧ください。
- 人間ドックの補助は、35 歳以上 50 歳未満の方の場合、3 年に 1 回の補助となり、2023・2024 年度に補助を受けていない方が対象となります。(50 歳以上は毎年補助可)
- 夫婦 1 日ドックの補助は、3 年に 1 回の補助となり、2023・2024 年度に補助を受けていない方が対象となります。被保険者が上記「4」の条件を満たしており、かつ、被扶養配偶者が 50 歳以上の方に限ります。  
また、被保険者本人と被扶養配偶者が同一日に同一の健診機関で人間ドックを受け、ご夫婦で一緒に健診結果を聞くことが条件です。
- 脳ドックの補助は、3 年に 1 回の補助となり、2023・2024 年度に補助を受けていない方が対象となります。
- 補助対象の年齢は、年度内(4/1～翌 3/31)に対象年齢に到達する人です。(4/1 生まれの方は前日の 3/31 が年齢到達日となります。また、年度内に 75 歳になる方は、誕生日の前日までが対象です。)
- 申込書の提出は、2025 年 4 月 18 日(金)までとなっております。
- 生活習慣病健診および人間ドックは、必須検査項目を全て受診した場合に補助の対象となります。胃部検査や便検査の未実施者がいますが、必須検査項目となりますので未実施の場合は補助金の支給をお断りしております。(医師の指示等で受けられない場合を除く) なお、感染症等の状況により、特定の検査項目について健診機関が中止の判断をした場合は未実施可とします。