

2025 年度 健康診断申込書

(健保組合委託機関外用)

事業所所在地：
事業所名称：
(支店名も必ず)
電話番号：
担当者：

【健診申込欄】 必要事項を記入し、希望する健診に○を記入してください。

| | 記号一番号 | 被保険者氏名 | 生年月日 | 年齢 | 生活 習慣病 健診 | 人間ドック | | 脳 ドック |
|----|-------|--------|-----------|----|-----------------|------------|------------------|----------|
| | | | | | | 被保険 者のみ | 夫婦 ドック (★) | |
| 1 | — | | S・H 年 月 日 | | | | | |
| 2 | — | | S・H 年 月 日 | | | | | |
| 3 | — | | S・H 年 月 日 | | | | | |
| 4 | — | | S・H 年 月 日 | | | | | |
| 5 | — | | S・H 年 月 日 | | | | | |
| 6 | — | | S・H 年 月 日 | | | | | |
| 7 | — | | S・H 年 月 日 | | | | | |
| 8 | — | | S・H 年 月 日 | | | | | |
| 9 | — | | S・H 年 月 日 | | | | | |
| 10 | — | | S・H 年 月 日 | | | | | |

(★) 夫婦 1 日ドックを受ける方は、下記の欄にもご記入ください。

| 被保険者氏名 | 被扶養配偶者氏名 | 配偶者の生年月日 | 年齢 |
|--------|----------|----------|----|
| | | 昭和 年 月 日 | |
| | | 昭和 年 月 日 | |
| | | 昭和 年 月 日 | |
| | | 昭和 年 月 日 | |
| | | 昭和 年 月 日 | |

【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)
- 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「2」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ありますが、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。