

平成28年度

(平成28年4月～平成29年3月まで)

健康診断のご案内

下記内容が変更になりますのでご確認ください

- 健康診断の受診方法および申込み方法が変更になります。

<変更前>

- ① 契約健診機関（26機関）での受診
- ② 立替え受診（非契約健診機関での受診）
- ③ 予約代行機関の手配による健診機関での受診
- ④ 巡回型健康診断での受診 ⇒ 厚生会に申込み
- ⑤ 特定健診受診券での受診

<変更後> 上記①～③は厚生会の施設型健康診断となります



※ 配偶者基本健診並びにオプション検診の申込みについては変更ありません。

- オプション検診の自己負担及び上限額が変更になります。

- ・ オプション検診（消化器検診（胃部X線）・乳がん検診・子宮がん検診・C型肝炎検査）は従来、自己負担がありましたが廃止し、補助金限度額の範囲内で全額を補助します。ただし、上限を超えた金額は自己負担となります。また、検診費用が1,000円に満たない場合は補助金の対象とはなりません。
- ・ 補助金限度額は従来に対し、1,000円ずつ上乗せしました。

◆冊子「健康診断のご案内」掲載の健診や補助金制度の問合せ先◆

サンヨー連合健康保険組合 管理部 保健・業務課

住 所 〒541-0043 大阪府大阪市中央区高麗橋4丁目5番2号
高麗橋ウエストビル3階

電 話 直通 06-6484-6775

受付時間 9:30～11:30 13:00～17:00 (平日 月～金)

ホーメージ URL <http://www.kenpo.gr.jp/sanyo/>

注1:巡回型健康診断及び施設型健康診断に関するお問合せは、

(医)厚生会健診インフォメーション 電話番号072-426-3901 にお願いします。

注2:問合せでは、保険証の記号番号が必要な場合がありますので、お手元に保険証をご用意ください。なお、健康診断以外のお問い合わせはご遠慮ください。

サンヨー連合健康保険組合

平成28年度 健康診断の補助金制度について

補助対象期間：平成28年4月1日～平成29年3月31日まで

上記期間中(年度内)に1回のみ、健康診断の事前申込みをされた方に、健診費用の一部を補助します。

事後申込みは補助できませんのでご注意ください。

また、厚生労働省が医療保険者(健保組合等)に対して、特定健康診査(以下、特定健診)を12月末までに完了し、特定保健指導を実施するように通達しています。人間ドック、特定健診、配偶者基本健診は、原則12月末までに受診を終えられるよう、ご理解とご協力をお願いします。なお、1月～3月に受診された方は、特定保健指導の対象外となる可能性がありますのでご了承ください。

* 特定保健指導とは

40歳以上75歳未満の被保険者及び被扶養者を対象として、メタボリックシンドロームの予防・解消に重点をおいた、生活習慣病予防のために実施する保健指導です。

補助金対象の健診の種類／補助金と上限額／受診対象者

◎当組合の加入者であり下記に該当する方が補助の対象になります。

- ・ 40歳以上の任意継続被保険者
- ・ 当組合で扶養認定を受けている家族。ただし、年齢や続柄に制限があるため下表に表示しています。
受診対象年齢とは、平成29年3月末日での満年齢をいいます。

受診日までに加入資格を喪失(抹消)した場合は、健診費用を補助できません。75歳になる方は誕生日をもって当組合の資格はなくなりますので、必ず、誕生日の前日までに受診を終えてください。

配偶者基本健診は、受診対象年齢が39歳以下の配偶者に限られます。40歳以上の方は、配偶者基本健診と同様の検査が受診できる特定健診を選択してください。

従業員の方は、会社が行う定期健康診断を受診してください。ただし、乳がん検診、子宮がん検診は年齢等の要件を満たせば受診することができます。

健診の種類		補助金額と 補助金額の上限 (税込)	受診対象者					
			任意継続 の本人	被扶養者				
				40歳 以上	40歳 以上	35歳以上 39歳以下	20歳以上 34歳以下	19歳 以下
特 定 健 診 (特定健康診査)	特定健診受診券で受診(無料)	●	●	×	×	×	×	●
厚 生 会	特 定 健 診 (特定健康診査)	健診費用の全額補助(無料)	●	●	×	×	×	●
	定 期 健 診 (簡易型ドック健診)	健診費用の半額補助	●	●	×	×	×	×
	特 定 健 診 (特定健康診査)	健診費用の全額補助(無料)	●	●	×	×	×	●
	定 期 健 診 (簡易型ドック健診)	健診費用の半額補助 但し、補助金上限 20,000円	●	●	×	×	×	×
ド ッ ク 健 診 (人間ドック)	健診費用の半額補助 但し、補助金上限 20,000円	●	●	×	×	×	×	×
配偶者基本健診 (39歳以下の配偶者)	健診費用の9割を補助 但し、補助金上限 5,400円	×	×	●	●	●	●	×
消 化 器 検 診 (胃部X線)	検診費用全額補助 但し、補助金上限 10,000円	●	●	×	×	×	×	×
乳 が ん 検 診	検診費用全額補助 但し、補助金上限 8,000円	●	●	×	×	×	×	×
子 宮 が ん 検 診	検診費用全額補助 但し、補助金上限 8,000円	●	●	●	●	×	×	×
C型肝炎検査	検査費用全額補助 但し、補助金上限 4,000円 (年度に関係なく1回受診のみの補助)	●	●	×	×	×	×	×

注1) 健(検)診費用が補助金上限を超えた分は、自己負担となります。また、1,000円未満の場合、補助はありません。

注2) 健康保険証を使用して受診した場合は医療行為とみなされ、健(検)診費用は補助できません。

消化器検査、乳がん検査、子宮がん検査、C型肝炎検査は健診とあわせて厚生会に申込むこともできます。

詳細は、当冊子のP8～11並びに別冊「医療機関一覧」をご覧ください。

補助金の対象となる健診の種類と項目

補助金の対象となる健診項目は、下表の項目です。当組合が認めていない健診項目は補助金の対象にはならず、全て自己負担になります。

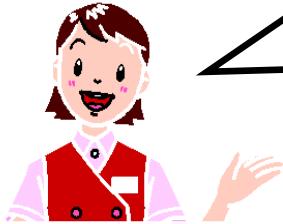
受診される健診項目が、下表の補助対象項目であるか確認の上、受診してください。

健診の種類		特定健診 (40歳以上)	配偶者 基本健診 (39歳以下)	定期健診 (簡易型ドック)	ドック健診	消化器 検診 (胃部X線)	乳がん 検診	子宮がん 検診	C型肝炎 検査
補助金の対象となる健診(検査)項目	問診	●	●	●					
身体計測	身長・体重	●	●	●					
	腹囲(臍部)	●	●	●					
	標準体重・BMI	●	●	●					
血圧測定	最高／最低	●	●	●					
心電図検査	心電図 (安静時12誘導)	▲注1			●				
腹部超音波	5臓器								
X線検査	胸部			●					
	胃部(上部消化管)			●		●			
便潜血検査	便潜血反応 (免疫法 2日法)			●					
血液検査	糖代謝	空腹時血糖	●	●	●				
		HbA1c			●				
	肝機能	GOT	●	●	●				
		GPT	●	●	●				
		γ-GTP	●	●	●				
	脂質	中性脂肪	●	●	●				
		HDL-ch(善玉)	●	●	●				
		LDL-ch(悪玉)	●	●	●				
	腎機能	尿素窒素			●				
		クレアチニン			●				
尿酸	UA				●				
膵機能	血清アミラーゼ								
貧血	赤血球数	▲注1		●					
	白血球数				●				
	血色素	▲注1			●				
	ヘマトクリット	▲注1			●				
炎症	CRP								
尿検査	蛋白	●	●	●					
	糖	●	●	●					
	潜血				●				
	ウロビリノーゲン				●				
聴力検査	オージオメーター(1KHz・30dB, 4KHz・40dB)				●				
視力検査	視力				●				
眼底検査	両眼	▲注1							
婦人科検査	乳房触診					●			
	乳房超音波					●			
	マンモグラフィー					●			
	子宮超音波						●		
	子宮内診・細胞診 (頸部・体部)						●		
C型肝炎検査	HCV抗体								●
医師診察	聴打診	●	●	●					

各医療機関により、ドック健診項目は異なります。

※▲注1 特定健診の詳細項目は、医師の診察で指示された場合のみ受診できます。

※上記に無い検査(例:前立腺検査、脳ドック、PET検査、骨密度、腫瘍マーカー、他)は補助対象外です。



下記に健康診断の受診方法を簡略にご紹介します。
希望される受診方法の詳細をお読みいただき、
健康診断をお申込みください。

1. 特定健診受診券

特定健診受診券で特定健診(特定健康診査)が無料で受診できます。

ただし、特定健診受診券を取り扱っている健診施設(集合A契約もしくは集合B契約を結んでいる健診施設や個人病院等)に限ります。

また、特定健診受診券の有効期限は、最長3月末までですが、それまでに当組合の資格を喪失(抹消)した場合は、喪失(抹消)日以降利用できません。

特定健診において、「心電図検査、血液検査の貧血、眼底検査」は医師の指示がなければ受診できません。

また、特定健診受診券は健診施設によって取扱いが異なります。特定健診受診券使用の可否や健診のご予約は、ご自身で健診施設にご確認いただきお申込みください。なお、特定健診受診券の発行を希望される方は当組合にお申込みください。

2. 巡回型健康診断

定期健診(簡易型ドック健診)または特定健診のどちらかと、一部オプション検診を受診できます。
(医)厚生会に直接、お申込みが必要です。

3. 施設型健康診断

定期健診(簡易型ドック健診)、特定健診、または人間ドックのいずれかとオプション検診を受診できます。
(医)厚生会に直接、お申込みが必要です。

4. 配偶者基本健診(39歳以下)

ご自身で探された病・医院等で受診し、その健診費用に対し補助金の申請ができます。
当組合に健康診断受診申込書の提出が必要です。

★ パート・アルバイト等勤務先で健診を受診される方、

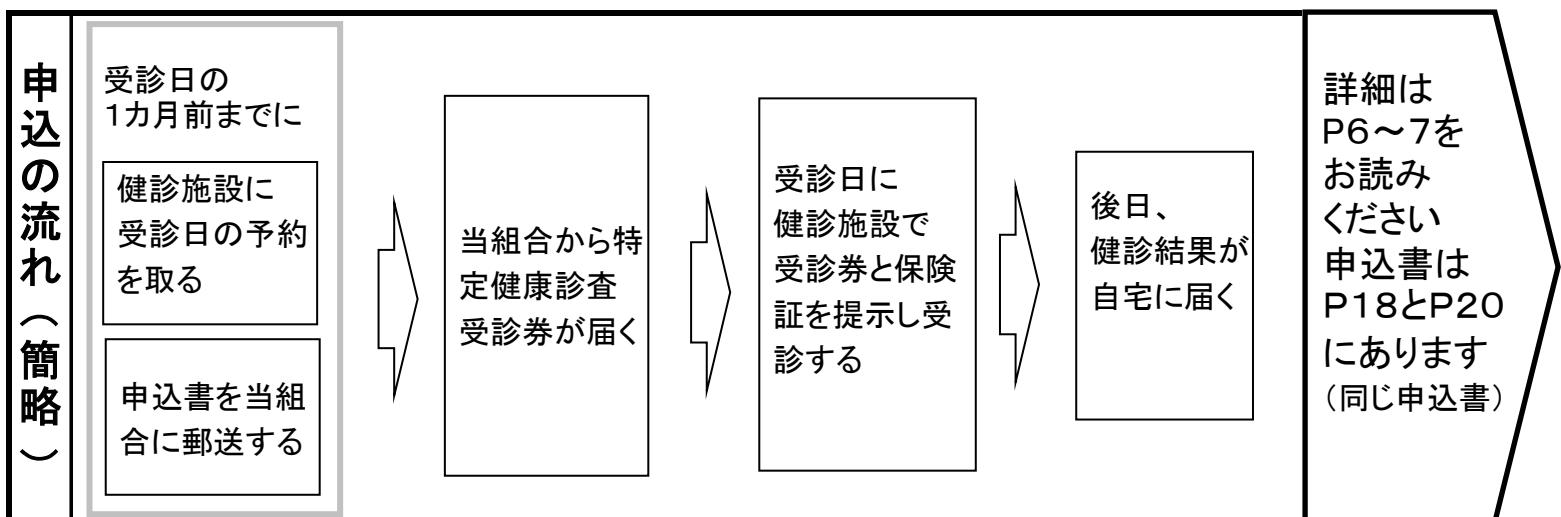
また、療養中であり、医療機関にて検査をされた方へのお願い

「健診結果の写し」とP14の「問診票」を当組合にご送付くださるようお願いします。

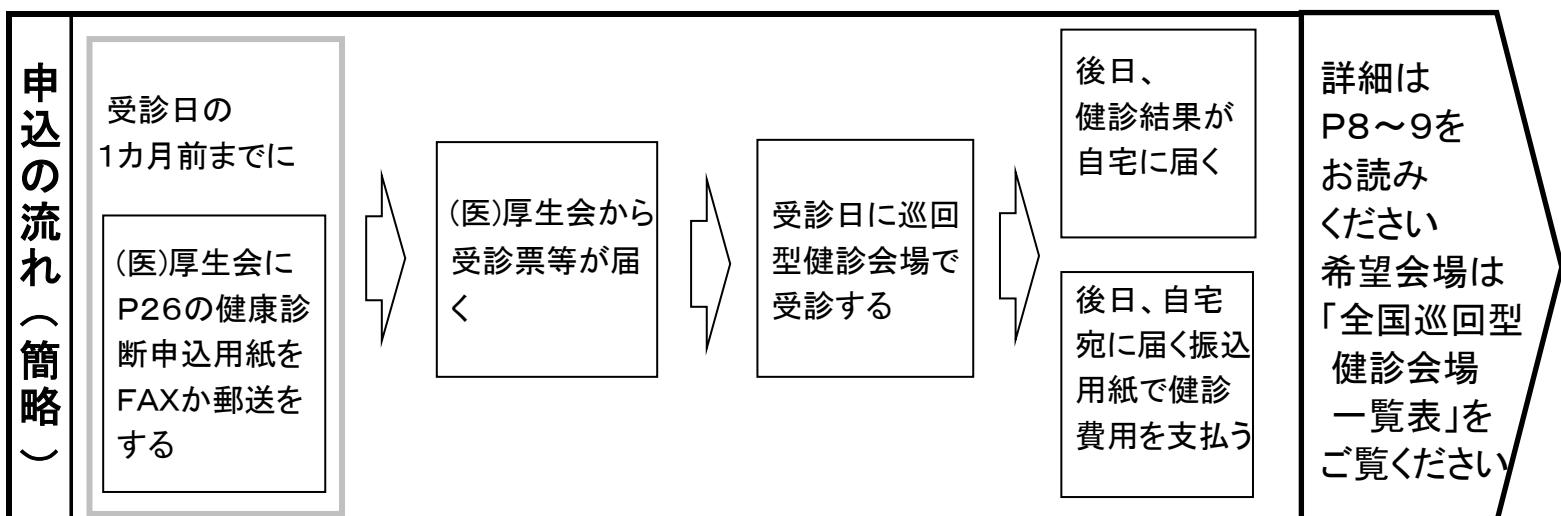
* 送付いただく健診結果・問診票については、健康管理を目的とした事業に使用いたします。

知り得た情報や結果等は、当組合や外部の委託業者へ保健指導や生活習慣病等の分析の依頼以外は漏洩しないよう適切に管理致します。また、それらの情報を上記の目的以外で使用することはできません。

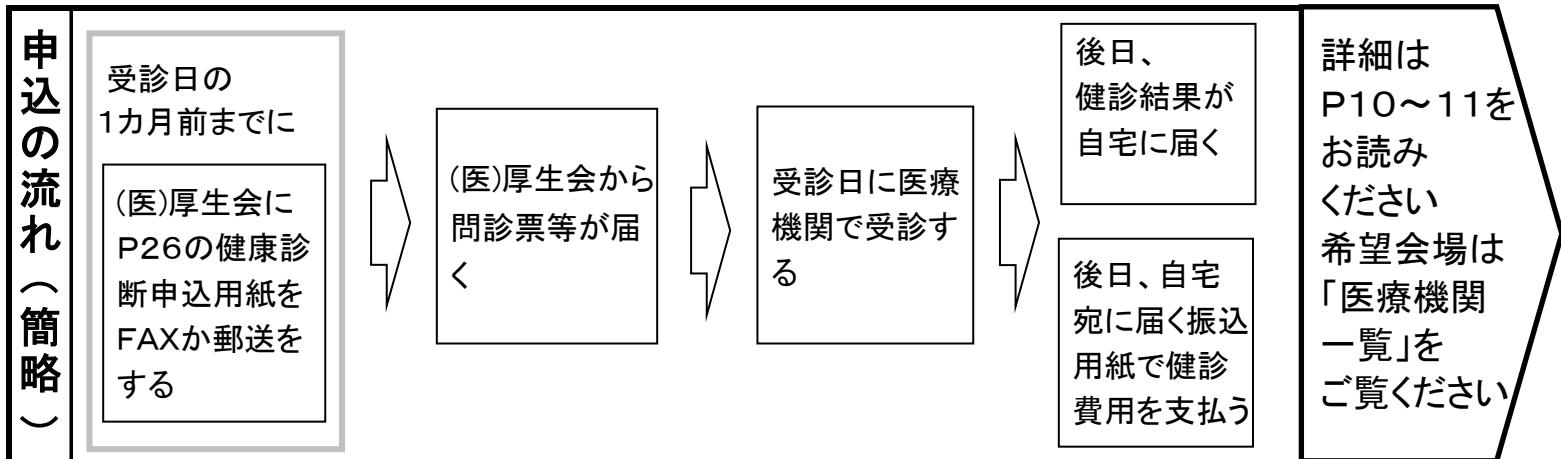
1. 特定健診受診券(40歳以上)



2. 巡回型健康診断



3. 施設型健康診断



4. 配偶者基本健診(39歳以下の方)を受診される方

健診の申込みは事前申請になります。受診の1ヵ月前までにご自身で医療機関等に予約を取り、「健康診断受診申込書」を当組合宛に提出(郵送)してください。

申込書はP18とP20にあります。同じものですので、どちらを使用していただいても結構です。

申込書が当組合に届いた後、補助金の申請に必要な書類等をご自宅に郵送します。

1 - ① 特定健診受診券で受診する方法

特定健診の健診項目や受診券については以下の通りです。次頁に、受診券の申込み方法を載せています。

特定健診とは、生活習慣病を早期発見・予防するための健診をいい、右記の健診項目になっています。

当組合では、40歳以上の方に特定健診を受診いただき、その結果、生活習慣病の発症のリスクがある方を対象に、特定保健指導を行っています。

《特定健診の健診項目》

- ①身体計測(身長、体重、腹囲)
- ②尿検査(糖、蛋白)
- ③血液検査(糖代謝、肝機能、脂質)
- ④医師診察 ⑤血圧測定

医師の診断により指示があれば下記の項目も実施します

- ①貧血検査 ②心電図 ③眼底検査

特定健診受診券について

健 診 の 種 類	特定健診（特定健康診査）
受診券が使用できる健診施設や病院等	集合契約健診機関（集合A契約または集合B契約を結んでいる健診施設や病・医院等医療機関） ※病院の検索方法は下記に載せています
受診券の有効期限	平成28年4月1日～平成29年3月31日まで

受診券を使用できる健診施設（医療機関等）は次の方法で検索できます！

- ① 健保連のホームページ<http://hoken.kenporen.or.jp/kensin/index.htm> 特定健診等実施施設検索システムにアクセスし、受診券が使用できる健診施設を検索できます。
パスワード入力画面の『ご加入の健康保険組合名』には サンヨー連合 『保険者番号』には 06271340（半角数字）と入力してください。
- ② ご自身が受診したい健診施設や病・医院等、市町村役場の集合健診（かかりつけの病院や居住地に近い病院など）に、直接、「特定健診の受診で『集合Aおよび集合B契約を結んでいる健保組合の受診券』を使用できるか」を確認してください。

集合契約とは？

集合契約とは、医療保険者（健保組合等）の団体（集合A）と全国の医療機関の団体（集合B）が、集合（団体）同士で包括的な契約を行うことをいいます。集合契約（A、B）に参加している全国の医療機関で受診できる券が『特定健康診査受診券』です。当組合の受診券は、集合Aまたは集合Bに契約をしている医療機関（健診施設や病・医院等）であれば使用できます。

1 - ② 特定健診受診券で受診する方法

特定健診を受診券で受診する方法

受診券のお申込は事前申請になります。受診の1カ月前までにご自身で医療機関等をご予約の上、『健康診断受診申込書』を当組合宛にご送付ください。

受診日が確定できない場合や、受診券が手元にないと健診施設で予約が取れない場合は、受診月が決まっている場合は受診券を発行しますので、お早めにお申込みください。

なお、受診日に都合が悪くなり受診できない場合や、別の健診に変更される場合は受診券は必ず当組合宛にご返却くださいようお願いします。

受診券の申込みの流れ

受診予定日の1カ月前

- ①個人病院や健診施設に『集合Aおよび集合B契約ができている受診券』で特定健診が受診できるかを確認し、受診日を予約してください。



- ②「健康診断受診申込書」を提出(郵送)してください



注) 申込みは郵送のみで、FAXでの受付は行っていません。

後日

- ③「特定健康診査受診券」を送付します。



受診日以降

- ④受診日に「特定健康診査受診券」と「健康保険証」を健診施設に提示すると、特定健診が無料で受診できます。



注) 健康保険証は資格を確認するために必要です。受診日に、当組合の資格がない場合は全額自己負担になります。

- ⑤後日、健診結果が送付されます。当組合宛に健診結果の送付は不要です。

注) 受診券を使用しなくなった場合は、当組合に必ず返却してください。

健診申込書は一ページと二〇ページにあります。
同じ申込書ですのどちらかをご提出ください。

巡回型健康診断は（医）厚生会に委託して実施します。

健診内容等の概要は以下の通りです。

なお、巡回型健康診断に関するご不明な点は、（医）厚生会の健診インフォメーション係
電話番号072-426-3901までお問合せ下さい。

健診対象者 ／ 健診費用(自己負担額) ／ 健診の種類と項目

■健診種類別対象者

	特定健診	定期健診
40歳以上の任意継続被保険者	○	○
40歳以上の配偶者	○	○
40歳以上の配偶者以外の被扶養者	○	×

※ 従業員や39歳以下の被扶養者はお申込みできません。

■健診費用

	特定健診	定期健診
健診費用の自己負担額	無料	9,660円(税込)

※ 定期健診の費用は全会場で統一料金になっています。

※ 定期健診を受診される方は、健診費用以外に、振込手続手数料130円をご負担いただきます。受診日以降に、自宅宛にお届けする健診振込用紙で、郵便局他から、振込先「収納代行会社アプラス」に健診費用等を振込んでいただきます。

※ 乳がん検診の「超音波」及びC型肝炎検査は全会場で、「マンモグラフィ」は一部の会場で受診できます。

■健診の種類と項目

項目	種類	特定健診	定期健診(注)
問診・診察	●	●	
身長・体重・BMI・腹囲	●	●	
血圧	●	●	
視力・聴力(オージオ法)			●
胃部X線			●
胸部X線	間接撮影		●
心電図			●
便潜血反応	2回法		●
尿検査	糖・蛋白	●	●
	潜血・カビ・リノーゲン		●
赤血球数			●
ヘモグロビン			●
ヘマトクリット			●
白血球数			●
血小板数			●
MCV			●
MCH			●
MCHC			●
T-cho			●
HDL-cho	●	●	
LDL-cho	●	●	
TG	●	●	
AST	●	●	
ALT	●	●	
γ-GTP	●	●	
尿酸			●
BUN			●
クレアチニン			●
空腹時血糖	●	●	
HbA1c			●

(注)定期健診は、昨年度は三洋人間ドックと表記されていたもので、簡易型ドック健診のことです

2 - ② 巡回型健康診断 の申込方法

巡回型健康診断は、必ず、受診希望日の1ヶ月前までに(医)厚生会へお申込みください。

健康診断のお申込みから受診までの流れは下記の通りとなっています。

なお、健診可能な募集人員に達しない場合は、他会場への変更をお願いする場合がございますのでご了承ください。ご予約いただいた健康診断にキャンセルや変更が生じた場合は、必ず(医)厚生会インフォメーション係へご連絡していただきますようお願いします。

健康診断のお申込みから受診までの流れ

1. 受診したい健診会場の選択

- ①「全国巡回健診会場一覧表」をご覧の上、第1希望および第2希望の2つをご選択下さい。
募集状況等により開催できない場合や会場都合により日程及び健診会場を変更する場合がございますので、あらかじめご了承ください。
- ②健康診断申込用紙は26頁にあります。
健診のお申込み者ごとに、申込書の提出が必要になりますので、2名以上お申込みされる場合は、申込用紙をコピーの上ご使用ください。



2. 健診のお申込みから受診日の調整及び決定

- ①ご記入いただいた「健康診断申込用紙」を(医)厚生会宛にFAXもしくはご郵送ください。
 - ◆FAXする場合→ FAX番号：072-426-3915
 - ◆郵送する場合 → 郵送先：〒597-0081 大阪府貝塚市麻生中907-1
(医) 厚生会 健診インフォメーション係 宛
- ②(医)厚生会が申込書を受理した日から1週間以内に、お申込み内容の確認および健診日の調整を(医)厚生会からお電話またはFAXでご連絡いたします。FAXがない場合は、必ず日中ご連絡ができる電話番号を忘れずにご記入ください。



3. 受診券・予約決定報告書、受診票、検査キット等のお届け

受診予定日の10日前までに受診券・予約決定報告書と受診票、検査キット等が健診申込書のご住所宛に郵送されます。



4. 受診当日

受診当日は、受診券・予約決定報告書、受診票、検査キット、健康保険証を健診会場にご持参の上、受診してください。キャンセルする場合は、事前に、必ず(医)厚生会 健診インフォメーション係へお電話でご連絡してください。



5. 受診費用のお支払と健診結果表のお届け

- ①健診結果表は受診日から1ヶ月後にご自宅宛に郵送されます。
- ②健診費用は受診日当日のお支払ではなく、健診結果表のお届け後、ご自宅宛に健診費用振込用紙が郵送され、それに基づき、健診費用の自己負担分を振込先「収納代行会社アプラス」へお振込みいただきます。また、振込手数料も受診者のご負担となりますのでご了承ください。

施設型健康診断は（医）厚生会に委託して実施します。

健診内容等の概要は以下の通りです。

なお、施設型健康診断に関するご不明な点は、（医）厚生会の健診インフォメーション係
電話番号072-426-3901までお問合せ下さい。

健診対象者 ／ 健診費用(自己負担額) ／ 健診の種類と項目

■健診種類別対象者

	健診の種類	対象
40歳以上の任意継続被保険者	特定健診	○
	定期健診	○
	ドック健診	○
40歳以上の配偶者	特定健診	○
	定期健診	○
	ドック健診	○
40歳以上の配偶者以外の被扶養者	特定健診	○
	定期健診	×
	ドック健診	×

※ 従業員や39歳以下の方は申込みできません。

■健診費用

	健診の種類	費用
健診費用の自己負担額	特定健診	無料
	定期健診	医療機関による
	ドック健診	医療機関による

※ 定期健診・ドック健診費用は医療機関によって異なります。

※ 定期健診・ドック健診を受診される方は、健診費用以外に、振込手続手数料130円をご負担いただきます。受診日以降、ご自宅宛にお届けする健診振込用紙で、郵便局、他から振込先「収納代行会社アプラス」にお振込みいただきます。

※ 乳がん検診等のオプション検査についても受診することができます。

■健診の種類と項目

項目	種類	特定健診	定期健診 (注)	ドック健診
問診・診察		●	●	
身長・体重・BMI・腹囲		●	●	
血圧		●	●	
視力・聴力（オージオ法）			●	
胃部X線（カメラ）			●	
胸部X線			●	
心電図			●	
便潜血反応	2回法			●
尿検査	糖・蛋白	●	●	
	潜血・ウロビリノーゲン		●	
赤血球数			●	
ヘモグロビン			●	
ヘマトクリット			●	
白血球数			●	
血小板数			●	
MCV			●	
MCH			●	
MCHC			●	
T-cho			●	
HDL-cho		●	●	
LDL-cho		●	●	
TG		●	●	
AST		●	●	
ALT		●	●	
γ-GTP		●	●	
尿酸			●	
BUN			●	
クレアチニン			●	
空腹時血糖		●	●	
HbA1c			●	

各医療機関により、ドック健診項目は異なります

（注）定期健診は、昨年度は三洋人間ドックと表記されていたもので、簡易型ドック健診のことです。

3 - ② 施設型健康診断 の申込方法

施設型健康診断は、必ず、受診希望日の1ヶ月前までに(医)厚生会へお申込みください。

健康診断のお申込みから受診までの流れは下記の通りとなっています。

ご予約いただいた健康診断についてキャンセルや変更が生じた場合は、必ず(医)厚生会インフォメーション係へご連絡していただきますようお願いします。

健康診断のお申込みから受診までの流れ

1. 受診したい医療機関の選択

①冊子「医療機関一覧表」をご覧の上、ご選択ください。

すでに予約が埋まっている場合や、リスト中の医療機関でも受診ができない場合があります。

②健康診断申込用紙は26頁にあります。

健診のお申込者ごとに、申込書の提出が必要になりますので、2名以上お申込みされる場合は、申込用紙をコピーの上ご使用ください。



2. 健診のお申込みから受診日の調整及び決定

①ご記入いただいた「健康診断申込用紙」を(医)厚生会宛にFAXもしくはご郵送ください。

◆FAXする場合→ FAX番号：072-426-3915

◆郵送する場合 → 郵送先：〒597-0081 大阪府貝塚市麻生中907-1
(医) 厚生会 健診インフォメーション係 宛

②(医)厚生会が申込書を受理した日から1週間以内に、お申込み内容の確認および健診日の調整を(医)厚生会からお電話またはFAXでご連絡いたします。FAXがない場合は、必ず日中ご連絡ができる電話番号を忘れずにご記入ください。



3. 受診券・予約決定報告書、受診票、検査キット等のお届け

受診予定日の10日前までに問診票・検査キットを健診申込書のご住所宛に郵送します。



4. 受診当日

受診当日は、問診票・検査キット、健康保険証を医療機関にご持参の上、受診してください。

キャンセルする場合は、事前に、必ず(医)厚生会 健診インフォメーション係へ電話でご連絡してください。



5. 受診費用のお支払と健診結果表のお届け

①健診結果表は受診日から1ヶ月後にご自宅宛に郵送されます。

②健診費用は受診日当日のお支払ではなく、健診結果表のお届け後、ご自宅宛に健診費用振込用紙が郵送されますので、それに基づき自己負担分を振込先「収納代行会社アプラス」へお振込いただくこととなります。また、振込手数料も受診者のご負担となりますのでご了承ください。

パート等の勤務をされている方へ 療養中に病・医院等で検査された方へ お願い

平成20年度から、40歳以上75歳未満の方に対して特定健診を実施するよう医療保険者（健保組合等）に義務付けられており、その健診結果を国に報告することになります。

当組合で健康診断を受診しなかった場合でも、ご家族やご本人で、パート等の勤務先や療養中に病・医院で検査等を行い、受診した健診項目が下記の項目と同様であれば、その健診結果の写しと裏面の問診票を当組合にご提出いただくことで、特定健診を受診したこととなります。

当組合へひとりでも多くの方の健診情報をご提出いただくことで、健保財政の負担の1つである後期高齢者医療支援金の支出を抑えることにもつながりますので、ぜひ、ご提出くださるよう、ご協力をお願いします。

なお、受診された健診項目が、下記の項目の中で1つでもないものがある場合は、当組合の特定健診を積極的に受診していただきますようお願いします。

①健康診断の結果表の写し

下記健診項目の結果(写し)が必要です。

- ・身体計測：身長、体重、腹囲
- ・血圧測定：最高／最低
※身長、体重、腹囲、血圧測定はご自身で測定していただいた数値でも結構です。
- ・尿検査：糖、蛋白
- ・血液検査
 - 糖代謝：空腹時血糖、HbA1c
 - 肝機能：GOT、GPT、γ-GTP
 - 脂質：中性脂肪、
HDL-ch(善玉)
LDL-ch(悪玉)
- ・貧血検査、眼底検査、心電図検査
※貧血、眼底、心電図の検査結果については医師の指示がなかったため受けていない場合は必要ありません。

②裏面の問診票をご記入ください。

特 定 健 診 問 診 票		サンヨー連合健康保険組合提出用	
保険組合記号・番号	一	医療機関名	年月日
カナ氏名・性別	男・女	健診日	平成 年 月 日
生年月日	昭和 年 月 日		
以下の質問項目を読んで、回答欄の該当するものに○をしてください。			
質問項目	回答		
1 現在、aからcの薬を使用していますか。 a. 血圧を下げる薬 b. インスリン注射または血糖を下げる薬 c. コステロールを下げる薬	① はい	② いいえ	
2 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかるといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい	② いいえ	
3 医師から、心臓病(決心室、心筋梗塞等)にかかるといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい	② いいえ	
4 医師から、慢性の腎不全にかかるといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	① はい	② いいえ	
5 医師から、黄疸といわれたことがありますか。 現在、特に不思議的に眠っていますか。	① はい	② いいえ	
6 (※現在、習慣的に喫煙している者は、「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている者」であり、かつ最近1ヶ月間も吸っている者)	① はい	② いいえ	
7 20歳の時から体重が10kg以上増加していますか。	① はい	② いいえ	
8 1回30分以上の軽い汗をかい運動を週2回以上、1年以上実施していますか。	① はい	② いいえ	
9 日常生活において歩行などの身体活動を1時間以上実施していますか。	① はい	② いいえ	
10 生活時間に年齢の同様と比較して歩く速度が遅いですか。	① はい	② いいえ	
11 この1年間で体重が土3kg以上ありましたか。	① はい	② いいえ	
12 人と比較して食べべた速度が遅いですか。	① はい	② ふつう	③ 早い
13 食事前の1時間以内に2回以上お腹を空けますか。	① はい	② いいえ	
14 夕食後に零食(食以外の飲食)をとることが週に3回以上ありますか。	① はい	② いいえ	
15 睡眠を2回以上おこないますか。	① はい	② いいえ	
16 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒、ワインなど)を飲む頻度はどれくらいですか。 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。	① 毎日 ② 週2回 ③ 週1回 ④ 月1回 ⑤ ほとんどない ⑥ ない	① 1合未満 ② 1~2合 ③ 2~3合 ④ 3合以上 ⑤ 未満	① 1~2合 ② 未満
17 清酒1合(180ml)の目安：ビール中栓1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	② 2~3合 ③ 3合以上		
18 睡眠で休憩が十分とれていますか。	① はい	② いいえ	
19 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。 改善するつもりはない 改善するつもりある (既に5ヶ月以内) 改善するつもりがあり、少し始めている 既に改善に取組んでいる (5ヶ月未満) 既に改善に取組んでいる (6ヶ月以上)	① はい ② いいえ		
20 生活改善について、保健指導を受ける機会があれば利用しますか。	① はい	② いいえ	

当組合へ
郵送ください

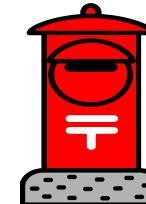
〒541-0043

大阪府大阪市中央区高麗橋4丁目5番2号

高麗橋ウエストビル3階

サンヨー連合健康保険組合 管理部 保健・業務課

「パート勤務・療養中の健診結果」担当宛



パート他で勤務されている方、療養中で病院で血液検査等をした方へお願い

問診表は裏面にあります

パート等で勤務されている皆様へ
療養中の病院で血液検査等をされている皆様へ

パート等の勤務先で健診を受診する方や療養中のため病院で血液検査及び尿検査や血圧検査等をされる方は、受診後に検査結果のコピーと下記の問診票をご記入の上当組合宛に提出(郵送)してください。詳細や提出先は13ページをご参照ください。

特 定 健 診 問 診 票

サンヨー連合健康保険組合提出用

保険証記号・番号	—		医療機関名			
カナ氏名・性別		男・女	健 診 日	平成	年	月 日
生 年 月 日	昭和 年 月 日					

以下の質問項目を読んで、回答欄の該当するものに○をしてください。

質 問 項 目		回 答		
1 現在、aからcの薬を使用していますか。	a. 血圧を下げる薬	① はい	② いいえ	
	b. インスリン注射または血糖を下げる薬	① はい	② いいえ	
	c. コレステロールを下げる薬	① はい	② いいえ	
2 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		① はい	② いいえ	
3 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		① はい	② いいえ	
4 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。		① はい	② いいえ	
5 医師から、貧血といわれたことがありますか。		① はい	② いいえ	
6 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている者」であり、かつ最近1ヶ月間も吸っている者)		① はい	② いいえ	
7 20歳の時から体重が10kg以上増加していますか。		① はい	② いいえ	
8 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。		① はい	② いいえ	
9 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。		① はい	② いいえ	
10 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。		① はい	② いいえ	
11 この1年間で体重が±3kg以上ありましたか。		① はい	② いいえ	
12 人と比較して食べる速度が速いですか。		① はい	② ふつう	③ いいえ
13 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。		① はい	② いいえ	
14 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ありますか。		① はい	② いいえ	
15 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。		① はい	② いいえ	
16 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒、ワインなど)を飲む頻度はどれくらいですか。		① 毎日	② 時々	③ ほとんど飲まない (飲めない)
17 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。 清酒1合(180ml)の目安 : ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(242ml)	① 1合未満	② 1~2合 未満		
	③ 2~3合 未満	④ 3合以上		
18 睡眠で休養が十分とれていますか。	① はい	② いいえ		
19 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	① 改善するつもりはない			
	② 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内)			
	③ 近いうち(概ね1ヶ月以内) に改善するつもりであり、少しづつ始めている			
	④ 既に改善に取組んでいる (6ヶ月未満)			
	⑤ 既に改善に取組んでいる (6ヶ月以上)			
20 生活改善について、保健指導を受ける機会があれば利用しますか。	① はい	② いいえ		

キリトリセン

健康診断受診申込書の注意事項について

申込書を記入する前に必ずお読みください！

- ご自身で健診施設(一般病院)に受診日を予約してください。
- 申込書が2枚(P18とP20)ありますが、同じ申込書です。どちらの申込書を当組合に提出されても結構です。申込書が複数枚必要な場合はコピーしてご使用ください。申込書は、ホームページURL <http://www.kenpo.gr.jp/sanyo/>からも印刷できます。
- 記入例(P16)を見て申込書の必要事項を記入し、氏名の横に捺印をお願いします。
- 申込書は、ご自身でご用意いただいた封筒に切手を貼り、受診日の1カ月前までに、当組合(下記に住所記載)に到着するように提出(郵送)してください。なお、FAXでの受付はしておりません。

健康診断受診申込書の郵送先(提出先)

〒541-0043
大阪府大阪市中央区高麗橋4丁目5番2号
高麗橋ウエストビル3階

サンヨー連合健康保険組合
管理部 保健・業務課 健診担当 宛

- 申込書を郵送する前に、申込書の提出先が正しいかをご確認ください。

当組合では、「巡回型健康診断」及び「施設型健康診断」のお申込みは受付をしておりません。巡回型健康診断または施設型健康診断を希望される方は、P26の健康診断申込用紙を(医)厚生会にご提出の上お申込みください。

郵送(提出)先の住所は
裏面をご覧ください!

健保検印	健保担当印

受付印

記入例

健康診断受診申込書

被保険者が在職者で家族が受診する場合、被保険者が勤務している事業所名、電話番号を記入してください

サンヨー連合健康保険組合 理事長 殿

保険者証 記号番号	記号	番号	事業所名 及び 所属部署	※任意継続被保険者は記入不要です			
	1234	56789		○○会社	△△事業部	××課	(TEL: 06 - 9999 - ○○○○)
受診者氏名	フリガナ	保険証の記号番号を確認の上、記入してください	必ず捺印してください	生年月日	昭和・平成 40年8月1日	(51)歳	
	健保花子		健保	性別	男・女	続柄	本人・配偶者・他()
自宅住所	〒 570 - ○○○○	必ず連絡ができるTEL または携帯電話番号	06 - 6994 - ○○○○				
	大阪府	都道府県	守口市○○町1-1-1				

■(医)厚生会の「巡回型健康診断」及び「施設型健康診断」はこの「健康診断受診申込書」ではお申込みできません。
お間違えの無いようにお願いします。

特定健診の受診券に限り、受診予定月の記入でも可。
それ以外の申込みは受診日の記入が必要です

健診施設名 (一般病院名)	フリガナ ソウゴウォオサカビヨウイン	受診 予定日	平成 28年9月30日	
	総合大阪病院			
健診施設 (一般病院) の住所	〒 535 - ○○○○	TEL 06 - 6994 - ○○○○		
	大阪府	都道府県	大阪市○○区△△町1-2-3	
健診の種類	受診希望の項目(1~6)に○をしてください。			
	①『特定健診受診券』で特定健診を受診	2 配偶者基本健診(39歳以下の配偶者)		
	3 消化器検診(40歳以上)	④ 乳がん検診	⑤ 子宮がん検診	6 C型肝炎検査 (年度に関係なく1回限り)

備考欄

伝達事項がある場合は、備考欄に記入してください

- 注1 申込み用紙は、受診予定日の1ヵ月前までに必ずご提出ください。
- 注2 申込み用紙は1人1枚です。複数必要な場合は申込書のコピーをお取りください。
- 注3 複数の健診を受診し、受診予定日や健診機関が異なる場合は、申込書をそれぞれ作成してご提出ください。
- 注4 特定健診受診券は、使用されなかった場合は必ず当組合にご返却ください。
- 注5 当組合に事前に申請がない健診項目、また、認めていない健診を受診された場合は、全額自己負担となります。
- 注6 C型肝炎検査は、年度に関係なく1回限りの補助となります。2回目以降は補助がでませんのでご注意ください。
- 注7 健康診断の申込みにあたり、当組合では、健診結果等の個人情報を、健康管理を目的とした事業に使用いたします。
そのため、外部の委託業者へ保健指導や生活習慣病等の分析を依頼する場合があります。申込書を提出いただくことで当組合の個人情報の利用目的に同意されたものとして取り扱いますので、ご了承ください。

健康診断受診申込書の注意事項について

申込書を記入する前に必ずお読みください！

- ご自身で健診施設(一般病院)に受診日を予約してください。
- 申込書が2枚(P18とP20)ありますが、同じ申込書です。どちらの申込書を当組合に提出されても結構です。申込書が複数枚必要な場合はコピーしてご使用ください。申込書は、ホームページURL <http://www.kenpo.gr.jp/sanyo/>からも印刷できます。
- 記入例(P16)を見て申込書の必要事項を記入し、氏名の横に捺印をお願いします。
- 申込書は、ご自身でご用意いただいた封筒に切手を貼り、受診日の1カ月前までに、当組合(下記に住所記載)に到着するように提出(郵送)してください。なお、FAXでの受付はしておりません。

健康診断受診申込書の郵送先(提出先)

〒541-0043
大阪府大阪市中央区高麗橋4丁目5番2号
高麗橋ウエストビル3階

サンヨー連合健康保険組合
管理部 保健・業務課 健診担当 宛

- 申込書を郵送する前に、申込書の提出先が正しいかをご確認ください。

当組合では、「巡回型健康診断」及び「施設型健康診断」のお申込みは受付をしておりません。巡回型健康診断または施設型健康診断を希望される方は、P26の健康診断申込用紙を(医)厚生会にご提出の上お申込みください。

郵送(提出)先の住所は
裏面をご覧ください!

健保検印	健保担当印

受付印

健康診断受診申込書

サンヨー連合健康保険組合 理事長 殿

保険者証 記号番号	記 号	番 号	事業所名 及 び 所属部署	※任意継続被保険者は記入不要です			
				(TEL :)			
受診者氏名	フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日 ()歳		
				(印)	性 別	男 · 女	続 柄
自 宅 住 所	〒	必ず連絡ができるTEL または携帯電話番号			-	-	-
		都 道	府 県				

■(医)厚生会の「巡回型健康診断」及び「施設型健康診断」はこの「健康診断受診申込書」ではお申込みできません。
お間違えの無いようお願いします。

健診施設名 (一般病院名)	フリガナ	受 診 予 定 日	平成 年 月 日		
健診施設 (一般病院) の 住 所	〒	TEL	-	-	-
		都 道	府 県		
健診の種類	受診希望の項目(1~6)に○をしてください。				
	1 『特定健診受診券』で特定健診を受診		2 配偶者基本健診(39歳以下の配偶者)		
	3 消化器検診(40歳以上)	4 乳がん検診	5 子宮がん検診	6 C型肝炎検査 (年度に関係なく1回限り)	
備 考 欄					

キ
リ
ト
リ
セ
ン

- 注1 申込み用紙は、受診予定日の1ヵ月前までに必ずご提出ください。
- 注2 申込み用紙は1人1枚です。複数必要な場合は申込書のコピーをお取りください。
- 注3 複数の健診を受診し、受診予定日や健診機関が異なる場合は、申込書をそれぞれ作成してご提出ください。
- 注4 特定健診受診券は、使用されなかった場合は必ず当組合にご返却ください。
- 注5 当組合に事前に申請がない健診項目、また、認めていない健診を受診された場合は、全額自己負担となります。
- 注6 C型肝炎検査は、年度に関係なく1回限りの補助となります。2回目以降は補助がでませんのでご注意ください。
- 注7 健康診断の申込みにあたり、当組合では、健診結果等の個人情報を、健康管理を目的とした事業に使用いたします。
そのため、外部の委託業者へ保健指導や生活習慣病等の分析を依頼する場合があります。申込書を提出いただくことで当組合の個人情報の利用目的に同意されたものとして取り扱いますので、ご了承ください。

健康診断受診申込書の注意事項について

申込書を記入する前に必ずお読みください！

- ご自身で健診施設(一般病院)に受診日を予約してください。
- 申込書が2枚(P18とP20)ありますが、同じ申込書です。どちらの申込書を当組合に提出されても結構です。申込書が複数枚必要な場合はコピーしてご使用ください。申込書は、ホームページURL <http://www.kenpo.gr.jp/sanyo/>からも印刷できます。
- 記入例(P16)を見て申込書の必要事項を記入し、氏名の横に捺印をお願いします。
- 申込書は、ご自身でご用意いただいた封筒に切手を貼り、受診日の1カ月前までに、当組合(下記に住所記載)に到着するように提出(郵送)してください。なお、FAXでの受付はしておりません。

健康診断受診申込書の郵送先(提出先)

〒541-0043
大阪府大阪市中央区高麗橋4丁目5番2号
高麗橋ウエストビル3階

サンヨー連合健康保険組合
管理部 保健・業務課 健診担当 宛

- 申込書を郵送する前に、申込書の提出先が正しいかをご確認ください。

当組合では、「巡回型健康診断」及び「施設型健康診断」のお申込みは受付をしておりません。巡回型健康診断または施設型健康診断を希望される方は、P26の健康診断申込用紙を(医)厚生会にご提出の上お申込みください。

郵送(提出)先の住所は
裏面をご覧ください!

健保検印	健保担当印

受付印

健康診断受診申込書

サンヨー連合健康保険組合 理事長 殿

保険者証 記号番号	記 号	番 号	事業所名 及 び 所属部署	※任意継続被保険者は記入不要です			
				(TEL :)			
受診者氏名	フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日 ()歳		
				(印)	性 別	男 · 女	続 柄
自 宅 住 所	〒	必ず連絡ができるTEL または携帯電話番号			-	-	-
		都 道	府 県				

■(医)厚生会の「巡回型健康診断」及び「施設型健康診断」はこの「健康診断受診申込書」ではお申込みできません。
お間違えの無いようお願いします。

健診施設名 (一般病院名)	フリガナ	受 診 予 定 日	平成 年 月 日		
健診施設 (一般病院) の 住 所	〒	TEL	-	-	-
		都 道	府 県		
健診の種類	受診希望の項目(1~6)に○をしてください。				
	1 『特定健診受診券』で特定健診を受診		2 配偶者基本健診(39歳以下の配偶者)		
	3 消化器検診(40歳以上)	4 乳がん検診	5 子宮がん検診	6 C型肝炎検査 (年度に関係なく1回限り)	
備 考 欄					

キ
リ
ト
リ
セ
ン

- 注1 申込み用紙は、受診予定日の1ヵ月前までに必ずご提出ください。
- 注2 申込み用紙は1人1枚です。複数必要な場合は申込書のコピーをお取りください。
- 注3 複数の健診を受診し、受診予定日や健診機関が異なる場合は、申込書をそれぞれ作成してご提出ください。
- 注4 特定健診受診券は、使用されなかった場合は必ず当組合にご返却ください。
- 注5 当組合に事前に申請がない健診項目、また、認めていない健診を受診された場合は、全額自己負担となります。
- 注6 C型肝炎検査は、年度に関係なく1回限りの補助となります。2回目以降は補助がでませんのでご注意ください。
- 注7 健康診断の申込みにあたり、当組合では、健診結果等の個人情報を、健康管理を目的とした事業に使用いたします。
そのため、外部の委託業者へ保健指導や生活習慣病等の分析を依頼する場合があります。申込書を提出いただくことで当組合の個人情報の利用目的に同意されたものとして取り扱いますので、ご了承ください。

皆様の個人情報のお取扱いについて

皆様の個人情報は、下記の範囲を越えてお取扱いは致しません。

つきましては、取扱いご承諾の意思表示とし、別紙申込書承諾欄に○のご記入をお願い致します。

一記一

1. 本特定健診・特定保健指導は、サンヨー連合健康保険組合（以下、健保組合という）様からのご委託により、「高齢者の医療の確保に関する法律」等に基づいて実施しております。法の定めにより定期的に実施し、健保組合様から関係官庁に皆様の健康状態を報告することが義務付けられております。また当法人と健保組合様との取り決め範囲内で、皆様が法定外の項目を希望される場合（ドック健診）も当該結果を健保組合様にご報告することがあります。
2. 健診結果は、委託契約にて定められております手順で、受診者本人様および健保組合様にご報告させていただきます。また特定保健指導の対象になった方については、保健指導実施機関にも報告させていただきます。
3. 当法人における皆様の健診個人情報の利用目的は以下のとおりです。
 - (1) 健保組合様からの委託業務遂行
 - ① 皆様への健診のご案内
 - ② 健康状況把握のための診察・検査の実施
 - ③ 受診者の皆様および健保組合様への健診結果のご報告
 - ④ 自己負担金のご請求
 - ⑤ 健診の精度管理
 - ⑥ 健診の判定等データ処理
 - ⑦ 保健指導
 - (2) 法律や行政からの求め、監査、医療訴訟等で、当該個人情報を提出することが定められている場合
 - (3) 医師その他医療関係者等が健診結果を医学教育や研究に利用する場合。この場合は、合計値で報告をしたり匿名化する等、個人を識別できないかたちで利用することを原則とします。
4. 皆様の健診・保健指導にあたり、それらの一部または全部を外部の医療施設や実施機関に委託する場合があります。その際に業務委託先に対しては、個人情報を委託する場合があります。その場合は、当法人の個人情報保護選定基準をクリアした業務委託先の選定や委託管理を徹底し、個人情報の漏洩が起こらないよう対策いたします
5. 検査結果に異常値のある場合等、皆様の健康状態をすみやかに把握するため、皆様の同意を得て、追加的な検査・診察を行う場合があります。
6. 受診者の皆様の個人情報は、事前の同意を得ずに第三者への提供は行いません。但し、法令の規定による場合、受診者の皆様の生命および健康等の重大な利益を保護する場合はこの限りではありません。
7. 当法人では皆様の個人情報を保護させていただくため、管理者及び安全管理に関する規程を定めております。
管理者：医療法人 厚生会 濱田紀彦
8. 受診者の皆様へのより良い健診の提供のため、医師が必要と判断した場合、下記を行うことがあります。
 - (1)紹介先の医療機関等との連携を図り、照会があった場合にこれに応じること
 - (2)外部の専門医等の意見・助言を求めること
9. 個人情報のご提供は任意ですが、必要な個人情報の一部または全部を提供いただけなかった場合は、適正な健診サービスをご提供できなくなる可能性があります。
10. 当法人では、ご本人が容易に認識できない方法によって個人情報を取得することはできません。
11. 皆様の本健診に関します個人情報の利用目的通知、開示、訂正、追加、削除、利用停止、消去又は提供停止についてのお問い合わせは、当法人の「個人情報ご相談窓口」にお問い合わせください。

〒597-0081 大阪府貝塚市麻生中 907-1 医療法人 厚生会

**健康診断申込用紙は、申込者1人に対し、申込書
1枚のご提出が必要です。**

**2名以上で申込まれる場合は、コピーをお撮り戴き
ご使用ください。**

**また、サンヨー連合健保提出用の「健康診断受診
申込書」では(医)厚生会の健康診断を受付できません。**

**なお、巡回型健康診断・施設型健康診断のお申込は
(医)厚生会宛になりますので、お間違えのないように
お願いします。**

健康診断申込用紙

記入例

FAX:072-426-3915

TEL:072-426-3901

〒597-0081 大阪府貝塚市麻生中907-1

医療法人 厚生会 健診インフォメーション

※ご記入いただきます個人情報につきましては、お申込の健診サービスご提供の目的にのみ使用いたします。

P22 個人情報の取扱いについて	(<input type="radio"/>) 承諾する	(<input type="checkbox"/>) 承諾しない	○をつけてください
------------------	--------------------------------	------------------------------------	-----------

* 太枠内に記入もれのないよう正確にご記入願います。 記入日:西暦 2016 年 5 月 9 日

受 お 診 名 希 望 者	カナ ケンポ	ハナコ	性別 男 · <input checked="" type="radio"/> 女	続 柄	本人 · <input checked="" type="radio"/> 配偶者 その他 ()
	漢字 健保	華子	生年月日 西暦 1966 年 6 月 24 日		

ご 住 所	〒 570 -××××				
	大阪	都道府県	守口市○○町 1-1-1		

電話番号 06 - 6994 - ○○○○	FAX番号 06 - 6994 - △△△△	携帯番号等(日中連絡が取れる連絡先) 090 - 3434 - ××××
--------------------------	---------------------------	---

保険者番号 06271340	保険者名称 サンヨー連合健康保険組合	保険証記号 - 番号 1234 - 56789
-------------------	-----------------------	----------------------------

希望 受 診 場 所 ・ 希 望 日	別冊「医療機関一覧」または「全国巡回型健診実施会場一覧」より、医療機関もしくは希望の会場をお選び下さい。				
	巡回型または施設型を選んで○で囲んでください ⇒ ・巡回型 <input checked="" type="radio"/> 施設型				
第一希望:会場または医療機関コード番号 27××××	会場または医療機関名 ○×△健診センター				
第二希望:会場または医療機関コード番号 27○○○○○	会場または医療機関名 ○×△□病院				
第一希望日 9月28日(水)	第二希望日 10月6日(木)	第三希望日 10月21日(金)			

受 診 希 望 項 目	基本 項目	() 特定健診コース				
		() *1 定期健診コース				
		() *1 人間ドックコース				
オ プ シ ョ ン	() 胃部X線検査 [B=バリウム]					
	() *1 胃透視 [C=カメラ] (鼻又は口) いずれかに○					
	() 乳房検査 [超音波]					
	() 乳房検査 [マンモグラフィ]					
	() *1 子宮頸部細胞診 [医師採取]					
	() C型肝炎検査 (過去に検査を受けたことがある人は対象外)					

*1 巡回会場では、実施不可です。

* オプション検診は単独では受診できません。基本項目とあわせてお申し込みください。

通信欄

【ご注意】

1. マンモグラフィをご希望の方は、実施可能な会場又は施設をお選びください。
2. 施設型(医療機関)については、コース及びオプションによって実施不可の場合がございます。
3. オプション項目費用は、健保助成を除き個人負担となります。
4. 個人負担費用については、予約確定時に厚生会よりお知らせいたします。
お支払いは、健診終了後に振込用紙をお送りいたします。
5. 定期健診コースは昨年度は「三洋人間ドック」と表示していたものです。
6. C型肝炎検査は年度に関係なく、1回受診のみの補助となります。

健康診断申込用紙は、申込者1人に対し、申込書
1枚のご提出が必要です。

2名以上で申込まれる場合は、コピーをお撮り戴き
ご使用ください。

また、サンヨー連合健保提出用の「健康診断受診
申込書」では(医)厚生会の健康診断を受付できません。

なお、巡回型健康診断・施設型健康診断のお申込は
(医)厚生会宛になりますので、お間違えのないように
お願いします。

健 康 診 断 申 込 用 紙

FAX:072-426-3915

TEL:072-426-3901

〒597-0081 大阪府貝塚市麻生中907-1

医療法人 厚生会 健診インフォメーション

※ご記入いただきます個人情報につきましては、お申込の健診サービスご提供の目的にのみ使用いたします。

P22 個人情報の取扱いについて () 承諾する () 承諾しない ○をつけてください。

* 太枠内に記入もれのないよう正確にご記入願います。 記入日:西暦 年 月 日

受 診 名 前 望 者	カナ	性別	男・女	続 柄	本人・配偶者 その他()
	漢字	生年月日	西暦 年 月 日		

ご 住 所	〒	—
	都 道 府 県	

電話番号	FAX番号	携帯番号等(日中連絡が取れる連絡先)
— —	— —	— —

保険者番号	保険者名称	保険証 記号 - 番号
06271340	サンヨー連合健康保険組合	—

希望 受 診 場 所 ・ 希 望 日	別冊「医療機関一覧」または「全国巡回型健診実施会場一覧」より、医療機関もしくは希望の会場をお選び下さい。			
	巡回型または施設型を選んで○で囲んでください ⇒ ・巡回型 ・施設型			
第一希望:会場または医療機関コード番号	会場または医療機関名			
第二希望:会場または医療機関コード番号	会場または医療機関名			
第一希望日 月 日 ()	第二希望日 月 日 ()	第三希望日 月 日 ()		

受 診 希 望 項 目	() 特定健診コース		() 胃部X線検査 [B=バリウム]		
	() 定期健診コース		() *1 胃透視 [C=カメラ] (鼻又は口) いずれかに○ () 乳房検査 [超音波]		
	() *1 人間ドックコース		() 乳房検査 [マンモグラフィ] () *1 子宮頸部細胞診 [医師採取] () C型肝炎検査 (過去に検査を受けたことがある人は対象外)		

*1 巡回会場では、実施不可です。
* オプション検診は単独では受診できません。基本項目とあわせてお申し込みください。

通信欄

【ご注意】

1. マンモグラフィをご希望の方は、実施可能な会場又は施設をお選びください。
2. 施設型(医療機関)については、コース及びオプションによって実施不可の場合がございます。
3. オプション項目費用は、健保助成を除き個人負担となります。
4. 個人負担費用については、予約確定時に厚生会よりお知らせいたします。
お支払いは、健診終了後に振込用紙をお送りいたします。
5. 定期健診コースは昨年度は「三洋人間ドック」と表示していたものです。
6. C型肝炎検査は年度に関係なく、1回受診のみの補助となります。