保存版

2025年度
ファミリー健診ガイドブック

３０歳以上の被扶養者の方と任意継続被保険者の方は、年に1回、必ず健診を受けてください。

大切な人のためにも、毎年ファミリー健診を受診しましょう

※但し妊娠中又は出産後１年以内の方は必須ではございません。健保へご連絡ください。

2025年度のファミリー健診は下記の内容で実施いたします。

①全員無料

Ⓐ集合契約健診　Ⓑ生活習慣病健診（ABC検診）

（乳がん・子宮頸がん・前立腺がん検診、腹部エコー健診は有料）

②人間ドック無料!

56,60,64歳は人間ドック無料（基本検査項目は全額健保が負担）

(年齢は2026/3/31時点で56、60、64歳の方)

この機会に一度身体の健康状態を
トータルチェックしませんか?

病気は加齢とともに増加していきます

健診予約受付センター

（株）ベネフィット・ワン

（ダイハツ健康保険組合　健診業務委託機関）

フリーコール **0800-9199-029**

（平日・土　10:00-18:00）

スマホでのお申込み
はこちら

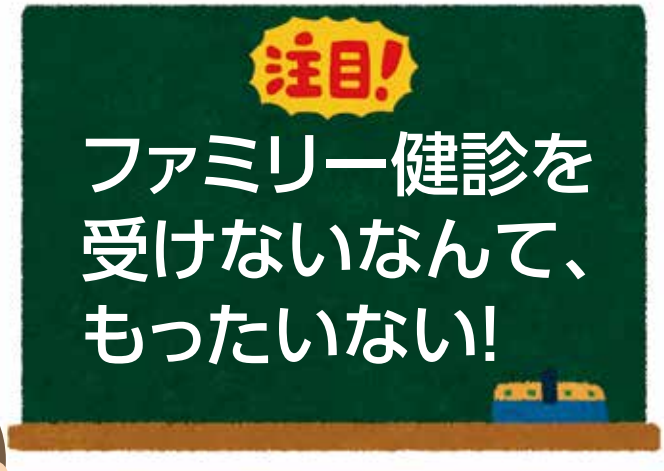
**ダイハツ健康保険組合は、
加入者の健康増進をサポートします!**

健診に関するご意見、ご要望をお聞かせ下さい

Daihatsu_Kenpo@dk.daihatsu.co.jp

早めに病気を発見できるかどうかで
それからの人生が変わります

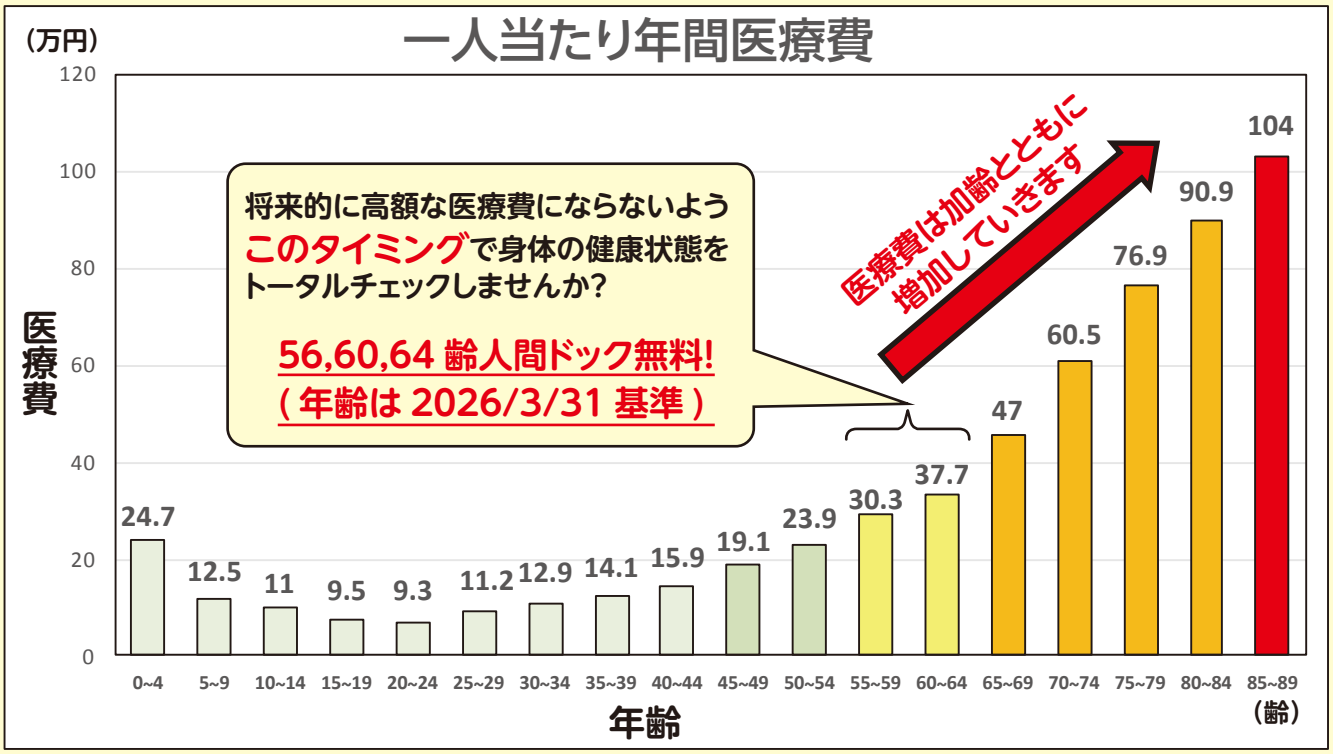
「いつかお医者さんに聞こうかな」
と思っていた
不安を相談できるのに…



健診費用は
無料なのに…

健康状態をチェックでき、
将来の病気が防げるかも
しれないのに…

病気は加齢とともに増加していきます



厚生労働省　令和３年版　(医療保険制度分) 年齢階級別１人当り医療費より

[健康保険組合に加入されているご家族の方も含めて健診を受診していただくこと] が
法律で義務付けられています。
受診率が低いとペナルティが課せられ、保険料引き上げにつながります。
趣旨をご理解の上、必ず健診を受診いただきますよう、よろしくお願いいたします。

ファミリー健診のご案内

選べる3つの【健診コース】

A 集合契約健診

40歳以上限定

ご近所の病院や医院で受診

（同封の受診券を使用）

無料

→ **ご自身で医療機関へ直接予約**

受診券が使用可能か確認が必要

B 生活習慣病健診 おすすめ!

Aに胸部X線、心電図、大腸がん、ABC検診を追加したコース

無料

乳がん・子宮頸がん・前立腺がん検査、腹部エコー検診は有料となります。

C 人間ドック おすすめ!

身体の健康状態をトータルチェックするコース

健診費用の 60%補助

（上限25,300円）

56,60,64 歳の方は基本項目が無料

（年齢基準日:2026/3/31）

→ **予約窓口は１つです**

健診予約受付センター

（株）ベネフィット・ワン

（ダイハツ健康保険組合　健診業務委託機関）

フリーコール **0800-9199-029**

（平日・土　10:00-18:00）

スマホでのお申込みはこちら

パート先等で受診された方

［パート先等健診結果　送付票］

※ガイドブック78ページ

※当組合のファミリー健診を受診された方の提出は不要です。

ダイハツ健康保険組合　御中

パート先等健診結果　送付票

パート先や市区町村で健康診断を受診された場合は、その「健康診断結果票の写し」を添付の上、ご提出ください。
受診項目等の要件を満たしている場合、2025年度のファミリー健診を受診したことに代えさせていただきます。

提出期限:2026年5月31日（但し、2025年4月1日～2026年3月31日実施の健診が対象）

太線枠内を必ずご記入ください。　記入日　年　月　日

保険証	記号		番号	被保険者氏名	
受診者氏名	（フリガナ）		生年月日　年　月　日	健診年月日　年　月　日	
健診機関名				健診機関医師名	
住所 電話番号	〒 TEL：　－　－			※日中の連絡可能な電話番号をご記入ください。	

◆内容確認のため、ご連絡させていただく場合があります。

身長	・ cm	体重	・ kg	※健診結果に身長・体重・腹囲・血圧の記載がある場合は記入不要です。身体計測・血圧については自己計測でもかまいません。
腹囲	・ cm（立った状態のおへその周り）	血圧	（最高）／（最低）	

問診項目（□をつけてください）		
1. 血圧を下げる薬を飲んでいますか？	□ はい	□ いいえ
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか？	□ はい	□ いいえ
3. コレステロールを下げる薬を飲んでいますか？	□ はい	□ いいえ
4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	□ はい（条件1と条件2を両方満たす）	

健診結果の写しをご提出ください。

添付必須［パート先等健診結果　送付票］

●健診受診日

2025年4月1日～2026年3月31日

●結果に必要な検査項目

身長・体重・腹囲・血圧・尿糖・尿蛋白
LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ・HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ・中性脂肪・BMI
GOT・GPT・γ-GTP・空腹時血糖またはHbA1c

※上記検査項目にモレがある場合は上記A～Cを受診願います。

ダイハツ健保のホームページにPDFデータがあります。

https://www.kenpo.gr.jp/daihatsu/contents/03hoken/family/pdf/family_part.pdf

予約申し込み～健診結果受け取りまでの流れ

巡回型〔B〕生活習慣病健診
（10～61ページを参照）

予約する
●WEB申込の場合
→「ご予約受付内容確認」がeメールで届きます。
●WEB以外の場合
→「健康診断お申込内容のお知らせ」がベネフィット・ワンから約1週間後に郵送で届きます。

健診日の連絡がある
お申込みから約2～3週間で、実施機関から「健康診断申込確認書」が届きます。

施設型〔B〕生活習慣病健診および〔C〕人間ドック
（62～77ページを参照）

予約する
●WEB申込の場合
→「健康診断ご予約確定通知書」が3～5日後にeメールで届きます。
●WEB以外の場合
→「健康診断ご予約確定通知書」が約1週間後に郵送で届きます。

受診セットが届く
受診日の1～2週間前までに実施機関より健診に必要な書類（検査キット・問診票など）が届きます。

受診する

「マイナ保険証」と「受診セット」
未登録の方は資格確認書又は保険証（12月1日まで）を持参下さい。
（受診券は不要です）

「マイナ保険証」
未登録の方は資格確認書又は保険証（12月1日まで）と「受診セット」を持参下さい。
（受診券は不要です）

健診結果が届く
健康診断の結果はいかがでしたか。結果をご確認いただき健康づくりに取り組みましょう。再検査・要精密検査等の項目がある方は、かかりつけ医や健診を受けられた病院、近隣のクリニックなどで受診してください。

保健指導のご案内
健診受診後（3ヶ月程度）に「積極的支援」または「動機付け支援」と判定された方には、保健指導（無料）の通知文が送付され、(株)ベネフィット・ワンの指導担当者より、予約確認の電話連絡が入ります。必ず指導を受けてください。

留意事項
施設型健診と、巡回型健診の両方をお申込みいただくことはできません。
お申込み後にキャンセルされる場合は、健診予約受付センター 0800-9199-029 に必ずご連絡ください。変更・キャンセルについては下記をご参照ください。

巡回型健診
（P10～P61 参照）
●巡回健診実施機関から届いた「健康診断申込確認書」に記載の連絡先に変更・キャンセルの連絡をしてください。その後、ベネフィット・ワンの健診予約受付センターにご連絡ください。（TEL：0800-9199-029）

施設型健診
（P62 ～P77 参照）
●「健康診断ご予約確定通知書」を受け取られた後に予約内容の変更・キャンセルをご希望される場合は、ご自身で直接健診機関に連絡後、ベネフィット・ワンの健診予約受付センターにご連絡ください。（TEL：0800-9199-029）

WEB でのお申込み方法

予約開始:4月1日（火）10:00

オススメ

(1) 健診予約受付サイトへアクセス

① 下記のURLにアクセスするか、
QRコードを読み取ってください。

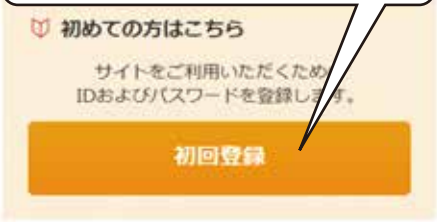
https://kenshin.happylth.com/daihatsu/

（ダイハツ健保専用サイト）

(2)ログイン画面から初回登録

過去に登録がお済の方は、
登録したハピルスIDとパスワードを
入力してご利用ください。

初めてご利用の方はこちらから
「初回登録」をしてください。
(健康保険証をご用意ください)



スマートフォンを
ご利用の方

(3)申し込みサイトにログイン

上記画像イメージは、すべてインターネットWEBです。画面イメージは変更となる場合があります。

よくある質問

❶〔A〕集合契約健診（特定健康診査）と〔B〕生活習慣病健診の違いは何ですか?

〔A〕集合契約健診（特定健康診査）とは、メタボリック・シンドロームに着目した健診です。〔B〕生活習慣病健診とは、〔A〕の検査項目を含み、胸部X線検査・心電図・大腸がん検診が追加になった健診です。

❷通院している病院でも検査を受けているのに、ファミリー健診を受けなければなりませんか?

ファミリー健診は、受診項目が決まっております。既に受診された他の検査に、その項目が全て含まれているとは限りません。生活習慣を見直す機会となりますので、必ずご受診ください。

❸「健康診断申込確認書」「健康診断ご予約確定通知書」をなくしてしまいました。どうすればよいですか?

再発行を希望される場合は、健診予約受付センター（0800 -9199 -029）までご連絡ください。また、WEB で予約された場合は、健診予約受付サイトにログインしていただき、マイページから印刷してください。

❹希望条件内で予約ができなかった場合はどうなりますか?

健診予約受付センターより電話（ＷＥＢ申込の方はメール）でご連絡させていただきます。

❺所定の手続きを行わず、健診機関リストに記載されている健診機関で健診を受診してしまいました。健保組合の補助は適用となりますか?

補助の適用とはなりません。
必ず所定の手続きでご受診ください。

❻被扶養者資格を喪失した後でも申込みおよび受診はできますか？

受診日当日に資格のある方に限ります。

❼申込みにあたり、不明な点を相談したいのですが、どこへ問合わせればよいですか？

〔A〕集合契約健診は、ダイハツ健康保険組合へお問合せください。
　TEL：072-752-3008
〔B〕生活習慣病健診、〔C〕人間ドックの場合はWEB

https://kenshin.happylth.com/daihatsu/

のお問合せフォームからメールでお問合せいただくか、健診予約受付センターまでお問合わせください。
TEL：0800-9199-029

健診結果から以下の対象者は
特定保健指導を実施します

Q あなたの腹囲は？　男性85cm以上　女性90cm以上である。 ☑

はい ↓

血　糖	空腹時血糖100mg/dl以上 またはHbA1c5.6%以上 ☑
血中脂肪	中性脂肪150mg/dl以上または HDLコレステロール40mg/dl未満 ☑
血　圧	収縮期血圧130mmHg以上 または拡張期血圧85mmHg以上 ☑
喫煙状況	喫煙あり ※上記一つ以上で該当のときのみカウント ☑

いいえ ↓

Q あなたのBMIは？
25以上である。 ☑

はい ↓

左記項目の中で該当項目数

いいえ ↓

チェックの数	☑0個	☑1個	☑2個以上 3個以上	☑1個～2個	☑0個
あなたの支援レベルは？	情報提供レベル	動機づけ支援レベル	積極的支援レベル	動機づけ支援レベル	情報提供レベル

※血糖・血中脂肪・血圧について治療中の方は、情報提供レベルとなります。
※65 歳以上の方は、積極的支援レベルでも動機づけ支援になります。

情報提供レベル

リスクの低い状態です。

健康状態を認識し、
生活習慣の見直しや、
健康の保持増進に努めましょう。

動機づけ支援レベル

リスクが出現し始めた状態です。

保健指導での生活習慣を見直し、
目標設定を行います。
自己管理で生活習慣の改善に
取り組みましょう。

積極的支援レベル

リスクが重なり始めた状態です。

保健指導での生活習慣の
改善目標を設定します、。
3 ヵ月以上の継続的な支援を受け
ながら、生活習慣の改善に
取り組みましょう。

あなたは特定保健指導の対象です。

特定保健指導の対象となった方には、別途ご案内いたします。
必ず指導を受けてください！

MEMO

提携健診機関リスト

巡回型 健診会場一覧リスト（P.10～P.61）

施設型 提携健診機関一覧リスト（P.62～P.77）

※当組合のファミリー健診を受診された方の提出は不要です。

ダイハツ健康保険組合　御中

パート先等健診結果　送付票

パート先や市区町村で健康診断を受診された場合は、その「健康診断結果票の写し」を添付の上、ご提出ください。
受診項目等の要件を満たしている場合、2025 年度のファミリー健診を受診したことに代えさせていただきます。

提出期限:2026年5月31日　（但し、2025 年 4 月 1 日～ 2026 年 3 月 31 日実施の健診が対象）

太線枠内を必ずご記入ください。　　記入日　　年　　月　　日

保険証	記号		番号	被保険者氏名	
受診者氏名	（フリガナ）		生年月日　年　月　日	健診年月日　2024 年 4 月 1 日～ 2025 年 3 月 31 日実施の健診が対象です。　年　月　日	
住所 電話番号	〒 TEL：　—　— ※日中の連絡可能な電話番号をご記入ください。				
健診機関名				健診機関医師名	

◆内容確認のため、ご連絡させていただく場合があります。

身長	・　cm	体重	・　kg
腹囲	・　cm 立った状態のおへそ周り	血圧	（最高）／（最低）

※健診結果に身長・体重・腹囲・血圧の記載がある場合は記入不要です。
身体計測・血圧については自己計測でもかまいません。

問診項目（☑をつけてください）			
1. 血圧を下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい	☐ いいえ	
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい	☐ いいえ	
3. コレステロールを下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい	☐ いいえ	
4. 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、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	☐ はい（条件1と条件2を両方満たす） ☐ 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ☐ いいえ（上記以外）		

【検査項目チェック表】　健診結果をみながらチェックしてください。

身体測定		☐ 身長	☐ 体重	☐ 腹囲
血圧		☐ 収縮期血圧（最高）	☐ 拡張期血圧（最低）	
血液	脂質	☐ 中性脂肪	☐ HDL コレステロール	☐ LDL コレステロール
	肝機能	☐ AST（GOT）	☐ ALT（GPT）	☐ γ-GT（γ-GTP）
	血糖	☐ 空腹時血糖　または　随時血糖　または　HbA1c		※いずれか 1 つ実施でも可
尿検査		☐ 尿糖	☐ 尿蛋白	

【送付先】

＜郵　送＞ 〒563-0045　大阪府池田市桃園 1－2－13　ダイハツ健康保険組合　（担当）南

＜社内便＞ 宛先事業所：池 1　建物名：基金会館　部門略称：健保　（担当）南

◆提出物をご確認ください◆　☐ **健診結果の写し**　☐ **パート先等健診結果送付票（本票）**

（切り取り）

MEMO

FAX・郵送申込書 記入例

ダイハツ健康保険組合
健診申込書　FAX・郵送用
(株)ベネフィット・ワン
健診予約受付センター 宛

巡回型

コード 000633 1

FAX：089-900-8281
※FAX番号をお間違いないようご注意ください。
郵 送 先：〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8
(株)ベネフィット・ワン健診予約受付センター宛
問合せ先：0800-9199-029

※記入漏れのないよう正確にご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
※申込書はおひとりにつき一枚必要です。２人以上のお申し込みの場合は、当用紙をコピーしてご利用ください。

個人情報の取扱いについて
※ご記入いただきます個人情報につきましては、ダイハツ健康保険組合の保健事業の目的にのみ使用いたします。
☑承諾する

申込日	西暦 2025年04月03日
健康保険証番号	※左詰めでご記入ください　記号 100 番号 12345
受診者氏名	セイ ケンポ　メイ ハナコ　姓 健保　名 花子
生年月日	西暦 1972年01月20日　性別 □男性 ☑女性
連絡先1	☑自宅 □携帯 □勤務先　0999-9999-9999
連絡先2	□自宅 ☑携帯 □勤務先　090-9999-9999
連絡のつきやすい時間帯	□10～12時 □12～18時 ☑18～21時 □その他（　～　時）
「お申込内容のお知らせ」「健康診断申込確認書」「結果通知」等の送付先住所	〒999-9999　◯◯県◯◯市◯◯町 999-9

（切り取り）

希望会場
「ファミリー健診のご案内」P.8～P.57より お選び下さい
※お申込みは受診希望月の前々月の２０日までになります

第①希望	コード 0999999997	会場名 ◯◯センター
	希望日 2025年06月28日	
第②希望	コード 0999999998	会場名 ◯◯センター
	希望日 2025年07月09日	
第③希望	コード 0999999999	会場名 ◯◯会館
	希望日 2025年07月24日	

受診希望健診・オプション検査（記載金額は自己負担（税込）です）□にチェックしてください				自己負担額
共通	生活習慣病健診		□	0円
	腹部超音波検査		□	全額自己負担
	ABC検診			0円
男性	前立腺がん検診		□	全額自己負担
女性	子宮頸部細胞診検査		☑	全額自己負担
	乳がん検診	30歳～39歳	マンモグラフィ検査 □	全額自己負担
			乳房超音波検査 □	全額自己負担
		40歳以上	マンモグラフィ検査 ☑	全額自己負担
			乳房超音波検査 □	全額自己負担

【注意事項】
- ●時間の指定は出来かねますのでご了承ください。
- ●都合によりやむを得ず健診会場および日程を変更する場合がありますので、予めご了承ください。ご希望会場で受付ができない場合は、実施機関もしくは健診予約受付センターからご連絡いたします。
- ●FAX送信後、１週間以上経過しても健診予約受付センターから「健康診断お申込内容のお知らせ」が届かない場合、もしくは連絡がない場合は、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。【TEL：0800-9199-029】
- ●システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。
- ●各実施機関によって検査方法や検査可能条件が異なります。各実施機関から送付される案内をご確認ください。

個人情報の取扱いについて

ご本人の同意なく無断で個人情報を取得、利用又は提供いたしません。利用についてご本人の同意を得た場合でも、特定された利用目的の達成に必要な範囲でのみ使用し、また、提供を同意されない限り、第三者に提供することはありません。申込書等は、以下の事項に同意の上、ご記入ください。

① お預かりした個人情報は、健診の予約の際に提携の健診機関等へ提出します。
② 健診機関より取得したお申込者の健診結果データを含む個人情報を株式会社ベネフィット・ワンならびに委託業者にて保持・管理する場合があります。
③ ダイハツ健康保険組合が、お申込者の健診結果データを含む個人情報を株式会社ベネフィット・ワンより取得し、保持・管理する場合があります。
④ 厚生労働省の定める「特定健康診査」項目の結果は、電子的標準様式に基づく電子データ等にて株式会社ベネフィット・ワンが回収し管理いたします。
⑤ 皆様の健診結果はダイハツ健康保険組合が取りまとめ、保健指導対象者の選定等に利用させていただきます。

お問合せ先　株式会社ベネフィット・ワン 個人情報相談窓口
電話 03-6870-2700　e-mail privacy@bohc.co.jp

コード	
000633	1

ダイハツ健康保険組合
健診申込書　FAX･郵送用

(株)ベネフィット･ワン
健診予約受付センター 宛

巡回型

FAX：**089-900-8281**
※FAX番号をお間違いないようご注意ください。
郵 送 先：〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8
(株)ベネフィット･ワン健診予約受付センター宛
問合せ先：フリーコール 0800-9199−029

※記入漏れのないよう正確にご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
※申込書はおひとりにつき一枚必要です。２人以上のお申し込みの場合は、当用紙をコピーしてご利用ください。

個人情報の取扱いについて
※ご記入いただきます個人情報につきましては、ダイハツ健康保険組合の保健事業の目的にのみ使用いたします。

☐ 承諾する

申込日	西暦 2 0 　年 　月 　日
健康保険証番号	※左詰めでご記入ください 記号 　番号
受診者氏名	セイ 　メイ 姓 　名
生年月日	西暦 1 9 　年 　月 　日　性別 ☐ 男性 ☐ 女性
連絡先1	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先 　-　-
連絡先2	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先 　-　-
連絡のつきやすい時間帯	☐ 10～12時 ☐ 12～18時 ☐ 18～21時 ☐ その他（　～　時）
「お申込内容のお知らせ」「健康診断申込確認書」「結果通知」等の送付先住所	〒 　-

希望会場
「ファミリー健診のご案内」P.8～P.57より お選び下さい
※お申込みは受診希望月の前々月の２０日までになります

第①希望	コード	会場名
	希望日 2 0 　年 　月 　日	
第②希望	コード	会場名
	希望日 2 0 　年 　月 　日	
第③希望	コード	会場名
	希望日 2 0 　年 　月 　日	

受診希望健診・オプション検査（記載金額は自己負担（税込）です） ☐ にチェックしてください				自己負担額
共通	生活習慣病健診		☐	0円
	腹部超音波検査		☐	全額自己負担
	ABC検診			0円
男性	前立腺がん検診		☐	全額自己負担
女性	子宮頸部細胞診検査		☐	全額自己負担
	乳がん検診	30歳～39歳	マンモグラフィ検査 ☐	全額自己負担
			乳房超音波検査 ☐	全額自己負担
		40歳以上	マンモグラフィ検査 ☐	全額自己負担
			乳房超音波検査 ☐	全額自己負担

【注意事項】
●時間の指定は出来かねますのでご了承ください。
●都合によりやむを得ず健診会場および日程を変更する場合がありますので、予めご了承ください。
ご希望会場で受付ができない場合は、実施機関もしくは健診予約受付センターからご連絡いたします。
●FAX送信後、１週間以上経過しても健診予約受付センターから「健康診断お申込内容のお知らせ」が届かない場合、もしくは連絡がない場合は、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。【TEL：0800-9199-029】
●システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。
●各実施機関によって検査方法や検査可能条件が異なります。各実施機関から送付される案内をご確認ください。

（切り取り）

FAX・郵送申込書 記入例

ダイハツ健康保険組合
健診申込書　FAX・郵送用
(株)ベネフィット・ワン
健診予約受付センター 宛

施設型

コード
000633 | 2

FAX：**089-900-8281**
※FAX番号をお間違いないようご注意ください。
郵 送 先：〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8
(株)ベネフィット・ワン健診予約受付センター宛
問合せ先：K 0800-9199-029

※記入漏れのないよう正確にご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
※申込書はおひとりにつき一枚必要です。2人以上のお申し込みの場合は、当用紙をコピーしてご利用ください。

個人情報の取り扱いについて
※ご記入いただきます個人情報につきましては、ダイハツ健康保険組合の保健事業の目的にのみ使用いたします。
☑承諾する

申込日	西暦 2025年04月03日
健康保険証番号	※左詰めでご記入ください　記号 100　番号 12345
受診者氏名	セイ ケンポ　メイ ハナコ 姓 健保　名 花子
生年月日	西暦 1972年01月20日　性別 ☐男性 ☑女性
連絡先1	☑自宅 ☐携帯 ☐勤務先　099-9999-9999
連絡先2	☐自宅 ☑携帯 ☐勤務先　090-9999-9999
連絡のつきやすい時間帯	☐10～12時 ☑12～18時 ☐18～21時 ☐その他（　～　時）
「予約確定通知」「結果通知」等の送付先住所	〒999-9999 ○○県○○市○○町 999-9

希望健診機関「ファミリー健診のご案内」P.58～P.75より お選び下さい			
第①希望	コード 9999997	健診機関名	○○病院
第②希望	コード 9999998	健診機関名	○○健診センター
第③希望	コード 9999999	健診機関名	○○医療センター

受診希望日（申込日より2週間以上先の日程でお申込み下さい）			
第①希望	04月27日土曜日	混雑等でご希望に沿えない場合の参考情報となります。下記を必ずご記入ください。	
第②希望	05月07日火曜日	ご都合のつかない曜日（該当曜日に○をしてください）	(月) 火 (水) 木 (金) 土
第③希望	05月11日土曜日	ご都合のつかない月日	5月14日 5月23日 5月30日
第④希望	05月16日木曜日	手配優先順位	希望日優先⇒健診機関よりも希望日を優先し、予約いたします
第⑤希望	06月04日火曜日	☐希望日 ☑健診機関	健診機関優先⇒希望日よりも健診機関を優先し、予約いたします

受診希望健診・オプション検査（記載金額は自己負担(税込)です）☐にチェックしてください					自己負担額
共通	生活習慣病健診			☐	0円
共通	人間ドック（胃部X線）			☐	健診費用-健保補助額 健保補助額は健診費用(税込)の60%(補助上限25,300円)
共通	人間ドック（胃部内視鏡経口）			☐	
共通	人間ドック（胃部内視鏡経鼻）			☐	56,60,64歳の方は無料
共通	腹部超音波検査			☐	全額自己負担
共通	ABC検診			☐	0円
男性	前立腺がん検診			☐	全額自己負担
女性	子宮頸部細胞診検査			☑	全額自己負担
女性	乳がん検診	30歳～39歳	マンモグラフィ検査	☐	全額自己負担
女性	乳がん検診	30歳～39歳	乳房超音波検査	☐	全額自己負担
女性	乳がん検診	40歳以上	マンモグラフィ検査	☑	全額自己負担
女性	乳がん検診	40歳以上	乳房超音波検査	☐	全額自己負担
上記検査以外のオプションをご希望される場合は、右欄にご記入ください。					

【注意事項】●FAX送信後、1週間以上経過しても健診予約受付センターから「健康診断のご予約確定通知書」が届かない場合、もしくは連絡がない場合は、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。【TEL：0800-9199-029】
●システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。

（切り取り）

個人情報の取扱いについて

ご本人の同意なく無断で個人情報を取得、利用又は提供いたしません。利用についてご本人の同意を得た場合でも、特定された利用目的の達成に必要な範囲でのみ使用し、また、提供を同意されない限り、第三者に提供することはありません。申込書等は、以下の事項に同意の上、ご記入ください。

① お預かりした個人情報は、健診の予約の際に提携の健診機関等へ提出します。
② 健診機関より取得したお申込者の健診結果データを含む個人情報を株式会社ベネフィット・ワンならびに委託業者にて保持・管理する場合があります。
③ ダイハツ健康保険組合が、お申込者の健診結果データを含む個人情報を株式会社ベネフィット・ワンより取得し、保持・管理する場合があります。
④ 厚生労働省の定める「特定健康診査」項目の結果は、電子的標準様式に基づく電子データ等にて株式会社ベネフィット・ワンが回収し管理いたします。
⑤ 皆様の健診結果はダイハツ健康保険組合が取りまとめ、保健指導対象者の選定等に利用させていただきます。

お問合せ先　株式会社ベネフィット・ワン 個人情報相談窓口
電話 **03-6870-2700**　e-mail privacy@bohc.co.jp

コード	
000633	2

ダイハツ健康保険組合
健診申込書　FAX・郵送用

施設型

(株)ベネフィット・ワン
健診予約受付センター 宛

FAX：**089-900-8281**
※FAX番号をお間違いないようご注意ください。
郵 送 先：〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8
(株)ベネフィット・ワン健診予約受付センター宛
問合せ先：0800-9199−029

※記入漏れのないよう正確にご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
※申込書はおひとりにつき一枚必要です。２人以上のお申し込みの場合は、当用紙をコピーしてご利用ください。

個人情報の取り扱いについて
※ご記入いただきます個人情報につきましては、ダイハツ健康保険組合の保健事業の目的にのみ使用いたします。　☐ **承諾する**

申込日	西暦 ２ ０ 　年　月　日		
健康保険証番号	※左詰めでご記入ください 記号　番号		
受診者氏名	セイ	メイ	
	姓	名	
生年月日	西暦 １ ９ 　年　月　日	性別	☐ 男性　☐ 女性
連絡先1	☐ 自宅　☐ 携帯　☐ 勤務先	- -	
連絡先2	☐ 自宅　☐ 携帯　☐ 勤務先	- -	
連絡のつきやすい時間帯	☐10～12時　☐12～18時　☐18～21時　☐その他（　～　時）		
「予約確定通知」「結果通知」等の送付先住所	〒　-		

希望健診機関 「ファミリー健診のご案内」P.58～P.75より お選び下さい				
	第①希望	コード	健診機関名	
	第②希望	コード	健診機関名	
	第③希望	コード	健診機関名	

受診希望日	申込日より２週間以上先の日程でお申込み下さい	混雑等でご希望に沿えない場合の参考情報となります。下記を必ずご記入ください。	
	第①希望　月　日　曜日		
	第②希望　月　日　曜日	ご都合のつかない曜日（該当曜日に〇をしてください）	月　火　水　木　金　土
	第③希望　月　日　曜日	ご都合のつかない月日	月　日　月　日　月　日
	第④希望　月　日　曜日	手配優先順位	希望日優先⇒健診機関よりも希望日を優先し、予約いたします
	第⑤希望　月　日　曜日	☐ 希望日　☐ 健診機関	健診機関優先⇒希望日よりも健診機関を優先し、予約いたします

受診希望健診・オプション検査 （記載金額は自己負担（税込）です）☐ にチェックしてください					**自己負担額**
共通	生活習慣病健診			☐	0円
	人間ドック（胃部X線）			☐	健診費用-健保補助額 健保補助額は健診費用(税込)の60%(補助上限25,300円) 56,60,64歳の方は無料
	人間ドック（胃部内視鏡経口）			☐	
	人間ドック（胃部内視鏡経鼻）			☐	
	腹部超音波検査			☐	全額自己負担
	ABC検診			☐	0円
男性	前立腺がん検診			☐	全額自己負担
女性	子宮頸部細胞診検査			☐	全額自己負担
	乳がん検診	30歳～39歳	マンモグラフィ検査	☐	全額自己負担
			乳房超音波検査	☐	全額自己負担
		40歳以上	マンモグラフィ検査	☐	全額自己負担
			乳房超音波検査	☐	全額自己負担
上記検査以外のオプションをご希望される場合は、右欄にご記入ください。					

【注意事項】●FAX送信後、１週間以上経過しても健診予約受付センターから「健康診断のご予約確定通知書」が届かない場合、もしくは連絡がない場合は、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。【TEL：0800-9199-029】
●システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。

（切り取り）