

健康診断 のご案内

巡回型の
健診会場が
増えました!



自身とご家族の安心のために
毎年健康診断を受けましょう!

受診期間 2018年4月1日～2019年3月31日まで

申込期間 2018年4月1日～2019年2月28日まで

●お申込み・お問い合わせはコチラ

サンヨー連合健保に申し込む
健診および補助金制度

医療法人
厚生会に申し込む健診

サンヨー連合健康保険組合
TEL.06-6484-6775/FAX.06-6484-7445
平日(月～金) 9:30～17:00

(医)厚生会健診インフォメーション
TEL.072-426-3901/FAX.072-426-3915
平日(月～金) 9:00～16:30
土曜日 9:00～12:00

*FAXは、24時間
受付しています。

サンヨー連合健康保険組合 2018年度

～ 健康診断のご案内 ～

毎年健康診断を受けましょう	01
---------------	----

健診コース

40歳以上の方の健(検)診コース ① ②	02
40歳以上の方の健(検)診コース ③	03
39歳以下の方の健(検)診コース	04
各健(検)診の申し込み先	05

サンヨー連合健保

サンヨー連合健保に申し込む健(検)診	06
受診方法	07
特定健診受診券での受診について	08
受診券を使用できる医療機関	09

医療法人 厚生会

(医)厚生会に申し込む健(検)診	10
受診方法	11

その他

Q & Aよくあるご質問	12
パート・アルバイト等勤務をされている方へのお願い	13
特定健診問診票	14

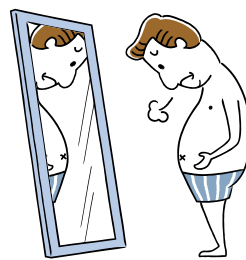
各種健診申込書

健康診断受診申込書の注意事項について	17
健康診断申込書(記入例)	*注) サンヨー連合健保用 18
健康診断申込書	*注) サンヨー連合健保用 19・20
健康診断申込書(予備)	*注) サンヨー連合健保用 21・22
皆様の個人情報のお取り扱いについて	*注) 医療法人厚生会用 23
健康診断申込用紙(記入例)	*注) 医療法人厚生会用 25・26
健康診断申込用紙	*注) 医療法人厚生会用 27・28
補助金支給申請書(記入例)	*注) 医療法人厚生会用 29・30
補助金支給申請書	*注) 医療法人厚生会用 31・32

◎毎年健康診断を受けましょう

高血圧症や糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病は、初期段階は自覚症状がほとんどありませんが、静かに確実に進行していきます。

ある日突然心臓病や脳卒中を発症し、場合によっては治療をしても後遺症が残ってしまうことも。自覚できない病気の芽を早い段階で発見するには、毎年健康診断を受け、今の自分の健康状態を把握することが何よりも大切です。

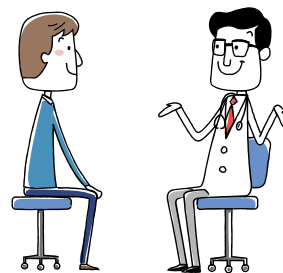


◎健診は「受けて終わり」ではありません

健診結果は捨てずに保管しておきましょう。その年の数値が正常か異常かを見るだけでなく、過去の数値と比較し、悪化傾向にあれば早めに対処することが大事です。また、健診結果に応じて「特定保健指導」が行われます。案内が来たら必ず受けるようにしましょう。

*「特定保健指導」とは？

メタボリックシンドロームの発症リスクがあるが、生活習慣の改善で予防、改善が期待できる方に実施する保健指導です。



◎がん検診も忘れずに !!

子宮がん、乳がん、肺がん、胃がんなどは早期発見、治療により生存率は非常に高くなります。当健保組合の「補助金制度」を利用し、「がん検診」を受けましょう !!



◆◆健(検)診を申し込むまでの流れ◆◆

40歳以上の方

39歳以下の方

p2・3

p4

*申込先を確認しましょう

サンヨー連合健康保険組合
(医)厚生会 健診インフォメーション

p5

どんな
健(検)診があるか
確認しましょう!!

*受診日を決めて申し込みましょう

p6~11

*「健康診断申込書」を記入して申込先に提出!
申込書は p15 ~ p32 にあります



40 歳以上の方の健(検)診コース ①② 各健(検)診の申し込み先(p5)

*対象年齢は受診対象者の2019年3月末日の満年齢です。
*申込み時に対象年齢に到達していなくても、2019年3月末日までに対象年齢に到達する場合、その健診や検査を受診できます。

「特定健診」「定期健診」「人間ドック」から
1つ選んでください

- ♥ 受診券(ハート) …… 「特定健診受診券」の発行を受けて病院等で受診します。
- ♠ 巡回型(スเปード) …… 公共施設などに健診バスを併設した会場で受診します。
- ♣ 施設型(クローバー) …… 医療法人 厚生会提携の病院や健診施設で受診します。
- ♦ 提携機関以外(ダイヤ) …… ご自身で探した病院で受診。自己負担後、後日補助金を申請します。

① 健康診断

健診コース	健診機関	健診費用	補助金額	受診できる方
特定健診 *生活習慣病的を絞ったコンパクトな健診内容 *市町村でがん検診を受けている方におすすめ	♥ 受診券	受診券を取り扱っている病院等 (p8～p9をご覧ください)	無料 全額健保補助	40歳以上の ・任意継続被保険者 ・被扶養者
	♠ 巡回型	巡回会場 別冊「全国巡回型健診実施会場一覧」をご覧ください		
	♣ 施設型	厚生会提携の健診施設 別冊「医療機関一覧」をご覧ください		
定期健診 (簡易型ドック健診) *特定健診よりも検査項目が多く、個々の病気の早期発見のための健診です	♠ 巡回型	巡回会場 別冊「全国巡回型健診実施会場一覧」をご覧ください	8,910円 (税込み)	40歳以上の ・任意継続被保険者 ・被扶養者 (配偶者のみ)
	♣ 施設型	厚生会提携の健診施設 別冊「医療機関一覧」をご覧ください	金額は医療機関により異なります	
	♦ 提携機関以外 (補助金申請)	近くの病院、クリニック等	金額は医療機関により異なります	
人間ドック *さらに詳細な検査項目総合的に健康状態をチェックしたい方に	♣ 施設型	厚生会提携の健診施設 別冊「医療機関一覧」をご覧ください	金額は医療機関により異なります	40歳以上の ・任意継続被保険者 ・被扶養者 (配偶者のみ)
	♦ 提携機関以外 (補助金申請)	近くの病院、クリニック等	金額は医療機関により異なります	

上の健康診断とあわせてぜひ、お申込みを!!

② オプション検診

*ご自身で探した病院で受診。いったん自己負担後、後日補助金を申請します。
* (医)厚生会が実施する健康診断に合わせて申し込むこともできます。



検診コース	検診機関	検診費用	補助金額	受診対象者
C型肝炎検査	近くの病院、クリニック等	金額は医療機関により 異なります	検診費用の全額補助 *ただし上限4,000円 *年度に関係なく1回のみの補助です	40歳以上の ・任意継続被保険者 ・被扶養者 (配偶者のみ)
消化器検診(胃部X線)	近くの病院、クリニック等	金額は医療機関により 異なります	検診費用の全額補助 *ただし上限10,000円	
乳がん検診	近くの病院、クリニック等	金額は医療機関により 異なります	検診費用の全額補助 *ただし上限8,000円	
子宮がん検診	近くの病院、クリニック等	金額は医療機関により 異なります		20歳以上の ・任意継続被保険者 ・被扶養者 (配偶者のみ)

*①の健診コースは、いずれか年度内1回のみです。
*②の検診コースは、コースごとに年1回補助します。(C型肝炎検査は年度に関係なく1回のみ補助します)
*定期健診または人間ドックを受診される場合、消化器検診は健診項目に含まれているため、別途申し込むことはできません。(補助金の対象外となります。)
*健診費用が補助金の上限を超えた分は自己負担となります。また、1,000円未満の場合は補助はありません。
*健康保険証を使用した場合は補助対象外となります。
*受診日にサンヨー連合健保の資格を喪失されている方は対象外です。75歳になる方は誕生日の前日までに受診してください。

40 歳以上の方の健(検)診コース ③

各健(検)診の
申し込み先(p5)

③ 補助金の対象となる健(検)診の種類と項目

補助金の対象となる健(検)診項目は次の通りです。

補助金の 対象となる健診(検査)項目		1)健康診断			2)オプション検診			
		特定健診	定期健診	人間 ドック	C型肝炎 検 査	消化器 検 診 (胃部X線)	乳がん 検 診	子宮がん 検 診
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回法)		●					
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	▲注1	●				
	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	尿 検 査	蛋白	●	●				
		糖	●	●				
		潜血		●				
		ウロビリノーゲン		●				
聴 力 検 査	オーディオメーター (1KHz・30d、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 医師の診察で指示された場合のみ受診できます

*当健保組合が認めていない健診項目は補助金の対象になりません。すべて自己負担となります。

(例：前立腺検査、脳ドック、PET検査、骨密度、腫瘍マーカー 他)

*検査内容は健診機関により異なる場合があります。

*医 厚生会に申し込む「定期健診」では上表の他、「血小板数」、「赤血球恒数(MCV、MCH、MCHC)」の検査項目があります。

39 歳以下の方の健(検)診コース

* 対象年齢は受診対象者の2019年3月末日の満年齢です。

* 申込み時に対象年齢に到達していなくても、2019年3月末日までに対象年齢に到達する場合、その健診や検査を受診できます。

1) 配偶者基本健診

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て補助金の申請ができます。

健診機関	健診費用	補助金額	受診対象者
近くの病院、クリニック等	金額は医療機関により異なります	健診費用の9割補助 *ただし上限5,400円	39歳以下の被扶養者 (配偶者のみ)

2) オプション検診(子宮がん検診)

ご自身で探された病・医院等で受診し、その検診費用に対して補助金の申請ができます。

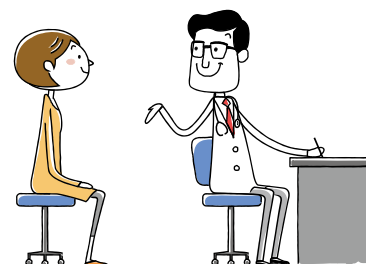
検診機関	検診費用	補助金額	受診対象者
近くの病院、クリニック等	金額は医療機関により異なります	検診費用の全額補助 *ただし上限8,000円	20歳以上の任意継続被保険者 被扶養者(配偶者のみ)

* 健保の補助は年度内1回のみです。

* 健診費用が補助金の上限を超えた分は自己負担となります。また、1,000円未満の場合は補助はありません。

* 健康保険証を使用した場合は補助対象外となります。

* 受診日にサンヨー連合健保の資格を喪失されている方は対象外です。



● 補助金の対象となる健(検)診の種類と項目

補助金の対象となる健(検)診項目は次の通りです。

健(検)診の種類 補助金の対象となる健診(検査)項目		配偶者 基本健診 (39歳以下)	子宮がん 検 診
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)		
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回法)		
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	

健(検)診の種類			配偶者 基本健診 (39歳以下)	子宮がん 検 診
補助金の 対象となる健診(検査)項目				
血 液 検 査	尿 酸	U A		
	脾 機 能	血清アミラーゼ		
	貧 血	赤血球数		
		白血球数		
		血色素		
		ヘマトクリット		
	炎 症	C R P		
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			
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	H C V抗体			
医 師 診 察	聴打診		●	

* 当健保組合が認めていない健診項目は補助金の対象になりません。すべて自己負担となります。

(例: 前立腺検査、脳ドック、PET検査、骨密度、腫瘍マーカー 他)

* 検査内容は健診機関により異なる場合があります。

各健(検)診の申し込み先

ご自身がどの健(検)診を受けるか決まったら、

健(検)診の申し込み先を下表で確認しましょう!

健(検)診コース		申込先	申込方法	
特定健診	 受診券	サンヨー連合健康保険組合	p6	
	 巡回型	(医)厚生会 健診インフォメーション		
	 施設型			
定期健診	 巡回型	(医)厚生会 健診インフォメーション		p10
	 施設型			
	 提携機関以外 (補助金申請)	(医)厚生会 健診インフォメーション (補助金申請)		
人間ドック	 施設型	(医)厚生会 健診インフォメーション		
	 提携機関以外 (補助金申請)	(医)厚生会 健診インフォメーション (補助金申請)		
配偶者基本健診 (39歳以下の配偶者のみ)		 提携機関以外 (補助金申請)	サンヨー連合健康保険組合(補助金申請)	p6
オプション検診	C 型 肝 炎 検 査		サンヨー連合健康保険組合(補助金申請)	
	消化器検診(胃部X線)			
	乳 が ん 検 診			
	子 宮 が ん 検 診			

※オプション検診は、健康診断と合わせて厚生会に
申し込むこともできます。
(p10~p11と別冊「医療機関一覧」でご確認ください)

- ♥ 受診券(ハート) …………… 「特定健診受診券」の発行を受けて病院等で受診します。
- ♠ 巡回型(スペード) …………… 公共施設などに健診バスを併設した会場で受診します。
- ♣ 施設型(クローバー) …………… 医療法人 厚生会提携の病院や健診施設で受診します。
- ◆ 提携機関以外(ダイヤ) …… ご自身で探した病院で受診。自己負担後、後日補助金を申請します。



健診の日程を決めたら、
早速申し込みましょう!!

サンヨー連合健保に申し込む健(検)診

① 特定健診受診券での受診 ★受診券の詳細は p8 ～ p9 をご覧ください

特定健診受診券で特定健診が無料で受診できます。

- ・ 受診券を取り扱っている医療機関に限ります。
- ・ 受診券の有効期限は、最長 3 月末までですが当健保の資格を喪失した場合は、喪失日以降使用できません。

●受診券は医療機関により取り扱いが異なります。受診券の使用が可能かどうか
ご自身でご確認いただき健診の予約をしてください。

医療機関の検索方法は p9 をご覧ください。

② 配偶者基本健診(39歳以下の配偶者のみ)

受診後、補助金の申請ができます。

- ・ ご自身で医療機関に予約し、申込書(p19・ p21)を当健保組合にお送りください。
- ・ 受診日当日は健診費用をお支払いください。
- ・ 後日、当健保組合に補助金申請をすることで一部費用が補助されます。

● 補助金申請時の必要書類・・・補助金支給申請書・領収書(原本)
問診票・健診結果票(写)

③ オプション検診(C型肝炎検査、各がん検診)

受診後、補助金の申請ができます。

- ・ ご自身で医療機関に予約し、申込書(p19・ p21)を当健保組合にお送りください。
- ・ 受診日当日は検診費用をお支払いください。
- ・ 後日、当健保組合に補助金申請をすることで一部費用が補助されます。

● 補助金申請時の必要書類・・・補助金支給申請書・領収書(原本)

受診方法

★ p19・21の申込書でお申込みください

(郵送またはFAX)

① 特定健診受診券での受診（40歳以上）

＜申し込みの流れ＞

受診日の1カ月前までに

医療機関に
受診日の予約をする

申込書を当健保組合に
郵送またはFAXをする

当健保組合から
「特定健康診査受
診券」が届く

受診日に
医療機関で
受診券と保険証を
提示し受診する

後日、
健診結果が自宅
に届く

* 受診券を使用しなかった場合は、当健保組合にご返却ください。

② 配偶者基本健診を受診（39歳以下の配偶者のみ）

＜申し込みの流れ＞

受診日の1カ月前までに

医療機関に
受診日の予約をする

申込書を当健保組合に
郵送またはFAXをする

当健保組合から
「補助金申請書」と
「問診票」が届く

受診日に
医療機関で
受診し、支払
いをする

後日、健診結果が自宅に届
いた後、「補助金申請書」に
「領収書原本」、「問診票」、
「健診結果写し」を添付して
当健保組合に郵送する

③ オプション検診を受診

＜申し込みの流れ＞

受診日の1カ月前までに

医療機関に
受診日の予約をする

申込書を当健保組合に
郵送またはFAXをする

当健保組合から
「補助金申請書」
が届く

受診日に医療機関
で受診し、支払いを
する

* 保険証を使用して支
払った場合は、補助金
対象外です。

後日、「補助金申
請書」に「領収書
原本」を添付し
て、当健保組合に
郵送する

特定健診受診券での受診について

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、下記の健診項目になっています。対象者は40歳以上の方で、受診の結果、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

《医師の診断により実施する項目》

- ①貧血検査
- ②心電図
- ③眼底検査
- ④血清クレアチニン検査

●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 医療機関・健診施設 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） * 病院の検索方法は次頁に載せています
受診券の有効期限	2018年4月1日～2019年3月31日まで

集合契約とは？

集合契約とは、医療保険者（健保組合等）の団体と医療機関の団体が、集合（団体）同士で包括的な契約を行うことをいいます。契約が全国単位の場合が集合A契約、都道府県単位の場合が集合B契約となっており、契約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。当健保組合の受診券は、集合Aまたは集合B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。



受診券を使用できる医療機関

受診券を使用できる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/>
特定健診等実施施設検索システムにアクセスすると、受診券を使用できる医療機関（健診施設）等が検索できます。
- 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（かかりつけや居住地に近い病院など）に直接、「集合A・集合B 契約を結んでいる健保組合の受診券を使用して特定健診が受診できるか」を確認してください。

健保連 健康診断

検索



「特定健診等実施施設検索システムによろこそ！」をクリック



特定健診等実施施設検索システム

特定健診等実施施設検索システムによろこそ！

【ご利用にあたって】

- 平成20年4月から特定健診と健診結果に基づく特定保健指導がはじまりました。
- この実施施設検索システムは、健保連が健診機関の団体と契約（集合契約）し、その契約に参加されている健保組合の加入者の方、どこで特定健診を受けるのかを調べるためのサイトです。健保組合の加入者でない方、契約に参加していない健保組合の加入者の方はご利用できません。
- ※契約に参加しているかどうかは、ご加入の健保組合に直接お問い合わせください。
- 特定健診や特定保健指導のみの契約ですので、このサイトに掲載されている施設で生活習慣病健診や人間ドックを受けることはできません。生活習慣病健診等を受けたいときは、別途、ご自身が加入している健保組合にお問い合わせください。
- 特定健診を受けるときは、ご自身が加入している健保組合が発行する「受診券」と「保険証」が必要です。（特定保健指導を受ける場合には「利用券」と「保険証」が必要です。）※日、この2つを持参しないと受診できませんので、ご注意ください。
- 受診の際は必ず、事前にお受けになる施設に電話で予約をおとりください。
- 掲載施設は、随時更新していますが、建物の事情により、予約・受付を断られる場合があります。その場合は他の施設を探していただくか、ご加入の健保組合にお問い合わせください。
- このサイトに入る場合は、ブラウザ上で「特定健診等実施施設検索システム」の検索画面が必要です。お手元に「受診券」（「利用券」）もしくは「保険証」を用意して、パスワード入力画面に移ってください。

※まず年度ごとの契約となるため、年度当初には一部の都道府県しか掲載できない場合があります。掲載が入り次第、随時追加していきます。

※その他、特定健診等制度に関する内容は、ご加入の健保組合にお問い合わせください。

パスワード入力画面

ブラウザはInternet Explorer 9以上をご利用ください。



特定健診等実施施設検索システム

パスワード入力画面

TOPへ戻ります 戻る

お手元の「受診券」（「利用券」）もしくは「保険証」に記載されている、健保組合名と保険者番号を入力して下さい。

（加入している健保組合名、保険者番号は「保険証」などを参照し、正確に入力してください）

※組合名は全角でご入力ください。（例）全角「ア」→〇、半角「ア」→X

※保険証の保険者番号の冒頭2桁が「63」の方は、「63」を「06」に置き換えてご入力ください。

（例）「63123456」⇒「06123456」

ご加入の健康保険組合名： 健康保険組合

保険者番号： (半角数字8桁)

（受診券の例）

（保険証の例）

ここに保険者番号(半角)と組合名が記載されています

検索画面に入る

「パスワード入力画面」をクリック

ご加入の健康保険組合名：サンヨー連合
保険者番号：06271340（半角）
を入力後「検索画面に入る」をクリック



スマホ等を使って、QRコードから確認することもできます。

<http://hoken.kenporen.or.jp/kensin/>



(医)厚生会に申し込む健(検)診

1. 巡回型



特定
健診

定期
健診

一部のオプション検診と一緒に受診できます。

- ・乳がん検査の「超音波」
 - ・C型肝炎検査
 - ・マンモグラフィ
- 全会場で受診可
一部会場で受診可

別冊「全国巡回型 健診実施会場一覧表」から

希望する会場をお選びください。

申込用紙(p27)

2. 施設型



特定
健診

人間
ドック

定期
健診

各健診のいずれかとオプション検診を
一緒に受診できます。

別冊「医療機関一覧」から

希望する会場をお選びください。

申込用紙(p27)

3. 提携機関以外



定期
健診

人間
ドック

各健診やオプション検診を受診できます。

ご自身で医療機関に予約のうえ受診し、健診費用を
お支払いください。後日、(医)厚生会へ補助金申
請をすることで一部費用が補助されます。

● 補助金申請時の必要書類

補助金支給申請書(p31)・領収書(原本)
問診票(p14)・健診結果票(写)

- * オプション検診は単独で受診できません。特定健診、定期健診、人間ドックのいずれかと併せてお申し込みください。
- * 定期健診、人間ドックをお申し込みされる方は、検査項目に「胃部X線検査」がふくまれていますのでオプション検診の「消化器検診」のお申し込みはできません。
- * 「巡回型」「施設型」の定期健診・人間ドックを受診される場合、健診費用以外に、振込手数料をご負担いただきます。

受診方法

*巡回型・施設型いずれも、特定健診は無料で受診できます。

1 巡回型健康診断（特定健診・定期健診）

<申し込みの流れ>

別冊 「全国巡回型 健診実施会場一覧表」で希望会場を選択してください。

受診日の1カ月前までに

(医)厚生会にp27の健康
診断申込用紙をFAXか郵
送をする

(医)厚生会
から受診票
等が届く

受診日に
巡回型健診
会場で
受診する

後日、健診結果が自宅に届く

後日、自宅宛に届く振込用紙
で健診費用を支払う

2 施設型健康診断（特定健診・定期健診・人間ドック）

<申し込みの流れ>

別冊 「医療機関一覧」で希望会場を選択してください。

受診日の1カ月前までに

(医)厚生会にp27の健康
診断申込用紙をFAXか郵
送をする

(医)厚生会
から問診票
等が届く

受診日に
医療機関で
受診する

後日、健診結果が自宅に届く

後日、自宅宛に届く振込用紙
で健診費用を支払う

3 提携機関以外での健診を希望（定期健診・人間ドック）

<補助金申請の流れ>

ご自身で健診機関を予約し受診してください。

健診機関に健診を予約し、受診

一旦、全額を
支払い、領収書を
受取る

健診機関から、
「健診結果票」
が届く

p31の「補助金支給申請書」に
「領収書(原本)」、「健診結果(写)」
p14の「問診票」を添付して
(医)厚生会に提出

後日、
(医)厚生会から
個人の指定口座
に振込み

Q & A よくあるご質問



Q1 「特定健診受診券」を紛失しました。
再発行できますか？

A サンヨー連合健保 保健課（TEL.06-6484-6775）までご連絡ください。

Q2 健診を申し込んだ後にサンヨー連合健保の資格を喪失しました。
このまま受診できますか？

A 受診日にサンヨー連合健保の資格が無い方は受診できません。

Q3 健診の予約をキャンセルしたいのですが？

A 「受診券」のキャンセルの場合、医療機関に直接キャンセルの連絡をし、サンヨー連合健保に「受診券」を郵送でご返却ください。

「巡回型」「施設型」のキャンセルの場合は（医）厚生会 健診インフォメーション係に連絡してください。

（医）厚生会 健診インフォメーション 係 TEL.072-426-3901

Q4 市で受けた乳がん検診で自己負担しましたが、補助金の対象になりますか？

A 自己負担が1,000円以上あれば、補助金を支給します。
ただし補助の上限は8,000円です。子宮がん検診も同様です。

Q5 パート先で健診を受けているのですが、サンヨー連合健保の健診も受ける必要がありますか？

A パートやアルバイト先で健診を受けた場合、サンヨー連合健保へ「健診結果」と「問診票」をご提出ください。（詳細は p13～p14 をご覧ください）また、パート先で健診を受けられた方でも、がん検診などのオプション検診をお申し込みになれます。ぜひ、サンヨー連合健保の補助金制度をご利用ください。

40歳以上のご家族で

パート・アルバイト等、勤務をされている方へのお願い

パート・アルバイト等勤務先の2018年度健診結果をお知らせください。

健康保険組合は、法律によって40歳以上の加入者（被保険者及び被扶養者）に対して、1年に1回健康診断を実施し、その健診結果を国へ報告することが義務付けられています。

当健保組合で健康診断を受診されなかった場合でも、パート等の勤務先で受診し、その健診結果をご提出いただくことで、報告内容に反映いたします。

健診結果をご提出いただける方は、p14の問診票とあわせて当健保組合にお送りください。

① 健康診断結果表の写し

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-c h（善玉）

LDL-c h（悪玉）

●貧血検査、眼底検査、心電図検査等

※貧血、眼底、心電図等の検査結果については医師の判断によって受診した場合のみ必要。



② 裏面(p14)の問診票をご記入ください。

パート・アルバイト等で勤務されている皆様へ

パート等の勤務先で健診を受診される方は、受診後に健診結果のコピーと下記の問診票をご記入の上、当健保組合宛に提出（郵送）していただくようお願いいたします。

特定健康診断票

健康保険組合・番号

氏名

性別

年齢

生年月日

健康診断日

平成 年 月 日

以下の質問事項を読み、回答欄へ該当するものに○印を入れてください。

質問事項	回答
現在、おからくの薬を使用していますか。	① はい ② いいえ
医師から、脂質（脂質）に付着し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
医師から、心臓病（狭心症、心臓病等）に付着し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
医師から、糖尿病（糖尿病）に付着しているといわれたり、治療（人工透析など）を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
医師から、腎臓病に付着し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
現在、たばこを習慣的に喫っていますか。	① はい ② いいえ
①「現在、習慣的に喫っている者」とは、「合計100本以上、又は6ヵ月以上喫っている者」であり、かつ過去1ヵ月間も喫っている者。	
2ヵ月の間の体重が1kg以上増加していますか。	① はい ② いいえ
1日30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	① はい ② いいえ
日常生活において歩行または昇降の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	① はい ② いいえ
12 最近1年間の喫煙状況はどのようになっていますか。	① はい ② いいえ
13 食事や生活習慣の改善を医師から勧められていますか。	① はい ② いいえ
14 医師から、喫煙を減らすよう勧められていますか。	① はい ② いいえ
15 医師から、禁煙を勧められていますか。	① はい ② いいえ
16 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒、ワインなど）を飲む頻度はどのようになっていますか。	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど飲まない（禁煙あり）
17 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのようになっていますか。	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3合以上
18 睡眠で快楽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ようとしていますか。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである（現在から開始） ③ 近いうち（概ね1ヵ月以内）に改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り掛かっている（6ヵ月未満） ⑤ 既に改善に取り掛かっている（6ヵ月以上）
20 生活習慣の改善について保健指導を受けたい場合は、利用しますか。	① はい ② いいえ

当健保組合へ郵送ください



同封の返信用封筒（グリーン）をご利用ください。

〒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 保健課 宛



パート・アルバイト等で勤務されている皆様へ

パート等の勤務先で健診を受診される方は、受診後に健診結果のコピーと下記の間診票をご記入の上、当健保組合宛に提出(郵送)して下さるようお願いいたします。

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		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み、回答欄へ該当するものに○印を入れてください。

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. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	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、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	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、又は6ヵ月以上吸っている者」であり、かつ最近1ヵ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	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある。 ③ ほとんどかめない	
12	人と比較して食べる速度が速いですか。	① 速い ② 普通 ③ 遅い	
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	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない	
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（日本酒、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日当りの飲酒量はどれくらいですか。 日本酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）焼酎25度（110ml） ウイスキーダブル1杯（60ml）ワイン2杯（240ml）	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せんか。	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ヵ月以内）	
		③ 近いうち（概ね1ヵ月以内）に改善するつもりであり、少しずつ始めている	
		④ 既に改善に取り組んでいる（6ヵ月未満）	
		⑤ 既に改善に取り組んでいる（6ヵ月以上）	
20	生活習慣の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	

キリトリせん

各種健(検)診申込書

提出先ごとに**申込書が違います**。

記入、提出間違いがないよう、注意してください。

●健康診断受診申込書の注意事項について	*注) サンヨー連合健保用	17
●健康診断申込書 (記入例)	*注) サンヨー連合健保用	18
●健康診断申込書	*注) サンヨー連合健保用	19・20
●健康診断申込書 (予備)	*注) サンヨー連合健保用	21・22
●皆様の個人情報のお取り扱いについて	*注) 医療法人厚生会用	23
●健康診断申込用紙 (記入例)	*注) 医療法人厚生会用	25・26
●健康診断申込用紙	*注) 医療法人厚生会用	27・28
●補助金支給申請書 (記入例)	*注) 医療法人厚生会用	29・30
●補助金支給申請書	*注) 医療法人厚生会用	31・32

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（p19とp21）ありますが、同じ申込書です。
どちらの申込書を当健保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を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（p18）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、できるだけ受診日の1ヵ月前までに当健保組合に到着するように提出（郵送またはFAX）してください。

健康診断受診申込書の提出先

※郵送の際は、
同封の返信用封筒（グリーン）
をご利用ください。



郵送の場合：〒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 保健課 健診担当 宛

FAXの場合：06-6484-7445

- ☐ 当健保組合では、「巡回型健康診断」及び「施設型健康診断」のお申込みは受付けをしておりません。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、p27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		〇〇会社	△△事業部
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
	健保 花子		(健保)	昭和 平成 40 年 8 月 1 日 (53) 歳	
自宅住所	〒 570 - 〇〇〇〇	必ず連絡ができる TEL または携帯電話番号		06 - 6994 - 〇〇〇〇	
	大阪 都 道 府 県 守口市〇〇町 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。					
健診施設名 (一般病院名)	フリガナ	ソウゴウオオサカビョウイン		受 診 予 定 日	平成 30 年 9 月 30 日
	総合大阪病院				
健診施設 (一般病院) の 住 所	〒 535 - 〇〇〇〇	TEL 06 - 6994 - 〇〇〇〇			
	大阪 都 道 府 県 大阪市〇〇区△△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 申込書は、受診予定日の約1ヵ月前までにご提出ください。
- 注2 申込書は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健保組合にご返却ください。
- 注5 当健保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き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、当健保組合では、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健保組合の個人情報の利用目的に同意されたものとして取扱いますので、ご了承ください。

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				
			性 別	男・女	続 柄	本人・配偶者・他 ()		
自宅住所	〒		必ず連絡ができる TEL		— —			
	都 道 府 県		または携帯電話番号					
■ (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。								
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								

- 注1 申込書は、受診予定日の約1ヵ月前までにご提出ください。
- 注2 申込書は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健保組合にご返却ください。
- 注5 当健保組合に事前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き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、当健保組合では、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健保組合の個人情報の利用目的に同意されたものとして取扱いますので、ご了承ください。

健康診断受診申込書の提出先

※郵送の際は、
同封の返信用封筒(グリーン)
をご利用ください。



郵送の場合：〒 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 保健課 健診担当 宛

FAXの場合：06-6484-7445

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				
			性 別	男・女	続 柄	本人・配偶者・他 ()		
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にお願いします。								
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								

- 注1 申込書は、受診予定日の約1ヵ月前までにご提出ください。
- 注2 申込書は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健保組合にご返却ください。
- 注5 当健保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き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、当健保組合では、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健保組合の個人情報の利用目的に同意されたものとして取扱いますので、ご了承ください。

健康診断受診申込書の提出先

※郵送の際は、
同封の返信用封筒(グリーン)
をご利用ください。



郵送の場合：〒 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 保健課 健診担当 宛

FAXの場合：06-6484-7445

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。

— 記 —

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の実施し、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 小林延行
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ありません。
11. 皆様の本健診に关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
お問合せ窓口 TEL：072-426-3901

- ◆ 健康診断申込用紙は、申込者 1 人に対し、申込用紙 1 枚のご提供が必要です。
- ◆ 2 名以上でお申込みされる場合は、申込用紙をコピーしてご使用ください。

健康診断申込用紙

記入例

厚生会

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、お申込みの健診サービスで提供の目的にのみ使用いたします。

p23 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 2018 年 5 月 9 日

受診希望者 お名前	カナ	ケンポ	ハナコ	性別	男 ・ ☒ 女	続柄	本人・ ☒ 配偶者
	漢字	健 保	華 子	生年月日	西暦 1966 年 6 月 24 日		その他 ()
ご住所	〒 570 - ××××						
	大阪 都 道 府 県 守口市〇〇町 1 - 1 - 1						
電話番号		FAX 番号		携帯番号等 (日中連絡が取れる連絡先)			
06 - 6994 - 〇〇〇〇		06 - 6994 - △△△△		090 - 3434 - ××××			
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		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 ☒ 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			
	27 × × × × ×			〇 × △ 健診センター			
	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			
	27 〇 〇 〇 〇 〇			〇 × △ □ 病院			
第一希望日		第二希望日		第三希望日			
9 月 28 日 (水)		10 月 6 日 (木)		10 月 21 日 (金)			
医療機関での受診をご希望の場合は、受診希望日を一ヶ月以上先の日程をご記入ください。							
受診希望項目	基本項目	() 特定健診コース		オプション	() 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○		
		(☐) *1 人間ドックコース			(☐) 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。 *定期健診コースまたは人間ドックコースを選択の方で胃部検査をご希望の方は、胃部 X 線検査または胃透視 (鼻又は口) のいずれかをご選択ください。 *オプション検査は単独では受診できません。基本項目とあわせてお申込みください。							

通信欄

【ご注意】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 定期健診コースは「簡易型ドック健診」のことで。
- 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

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、お申込みの健診サービスご提供の目的にのみ使用いたします。

p23 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
--------	---	---	---

受診希望者 お名前	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 記号一番号		
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	第二希望日	第三希望日
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
医療機関での受診をご希望の場合は、受診希望日を一ヶ月以上先の日程をご記入ください。			

受診希望項目	基本項目	() 特定健診コース	オプション	() 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○
		() *1 人間ドックコース		() 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。
* 定期健診コースまたは人間ドックコースを選択の方で胃部検査をご希望の方は、胃部 X 線検査または胃透視 (鼻又は口) のいずれかをご選択ください。
* 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込みください。

通信欄

【ご注意】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 定期健診コースは「簡易型ドック健診」のことです。
- 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。

キトリセン

健診コース

サンヨー連合健保

医療法人 厚生会

その他

各種健診申込書

提出先

医療法人 厚生会 健診インフォメーション

郵送：〒 597-0081

大阪府貝塚市麻生中 907-1

FAX：072-426-3915

※郵送の際は、
同封の返信用封筒(ピンク)
をご利用ください。



- ◆「補助金支給申請書」は受診者1人に対し1枚のご提出が必要です。
該当者が2名以上おられる場合は、申請書をコピーしてご使用ください。

- ◆ 提出先は、医療法人 厚生会 健診インフォメーション宛となります。
〒597-0081 大阪府貝塚市麻生中907-1

「補助金支給申請書」に必要事項をご記入の上、次の書類を添付して
ご提出ください。

- ☐ 領収書（原本）
- ☐ 問診票（p14）
- ☐ 健診結果票（写し）

(医療法人 厚生会提出用)
補助金支給申請書

厚生会

記入例

提出先	〒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 TEL：072-426-3901
-----	---

※ご記入いただきます個人情報につきましては、補助金の支払にのみ使用いたします。

添付の健診結果等の取扱いについて	(☐) 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 2018 年 6 月 15 日	
受診者名	カナ	ケンコウ ヨウコ		性別	男 ・ ☒ 女
	漢字	健康 洋子		生年月日	西暦 1970 年 5 月 3 日
ご住所	〒 541 - △△△△				
	大阪 都 道 府 県 大阪府 大阪市中央区○○○9-9-9 ×××マンション303号				
電話番号		FAX 番号		携帯番号等 (日中連絡が取れる連絡先)	
06 - 6999 - ○○××		- -		090 - ××○△ - 9999	
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		9876 - 12345	
受診項目	基本項目	オプション	() 定期健診コース		
			(☐) 人間ドックコース		
			() 胃部 X 線検査 [B=バリウム]		
			(☐) 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]		
(☐) 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)					
通信欄					

*受診された項目に○をしてください。

振込先	金融機関名	○×△△		☒ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合 ☐ 農協	☒ 支店 ☐ 出張店
	口座名義	フリガナ	ケンコウ ヨウコ	口座番号	普通
		健康 洋子			
					(店番号 987)
					右詰でご記入ください
					9 1 8 2 7 3 6

【ご注意】

- 窓口では一旦全額お支払いいただき、領収書をお受け取りください。
- 「補助金支給申請書」は記入漏れがないよう正確にご記入ください。
- 申請の際は「領収書」(原本)、「問診票」(p14)、「健診結果票」(写)を添付してください。

補助金支給申請書

厚生会

提出先

〒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
TEL：072-426-3901

※ご記入いただきます個人情報につきましては、補助金の支払にのみ使用いたします。

添付の健診結果等の取扱いについて	() 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

受診者名	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		－		
受診項目	基本項目	オプション	() 定期健診コース			() 胃腸 X 線検査 [B=バリウム]
			() 人間ドックコース			() 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]
						() 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)
通信欄						

*受診された項目に○をしてください。

振込先	金融機関名	☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合 ☐ 農協		☐ 支店 ☐ 出張店
	口座名義	フリガナ	口座番号	普通
		(店番号)		
		右詰でご記入ください		

【ご注意】

- 1. 窓口では一旦全額お支払いいただき、領収書をお受け取りください。
- 2. 「補助金支給申請書」は記入漏れがないよう正確にご記入ください。
- 3. 申請の際は「領収書」(原本)、「問診票」(p14)、「健診結果票」(写)を添付してください。

キリトリせん

健診コース

サンヨー連合健保

医療法人 厚生会

その他

各種健診申込書

◆「補助金支給申請書」は受診者1人に対し1枚のご提出が必要です。
該当者が2名以上おられる場合は、申請書をコピーしてご使用ください。

◆ 提出先は、医療法人 厚生会 健診インフォメーション宛となります。
〒597-0081 大阪府貝塚市麻生中907-1

「補助金支給申請書」に必要事項をご記入の上、次の書類を添付して
ご提出ください。

- ☐ 領収書（原本）
- ☐ 問診票（p14）
- ☐ 健診結果票（写し）

※郵送の際は、
同封の返信用封筒（ピンク）
をご利用ください。



