

健康保険組合 行

- ① 実施(受診)期間: 4月1日～9月30日
- ② 申込受付期間: 1月15日～7月31日(原則として8月以降は受け付けません。早めにお申込み下さい。)
- ③ 対象者: 平成元年12月31日以前生まれの加入者(本年末までに35歳以上になる被保険者と被扶養者)
- ④ 受診料: 個人負担(基本料金)3,000円。
他に無料オプション検査や有料で申し込めるオプション検査もあります。
基本料金3,000円と有料オプション料金(有料オプション申込者のみ)を受診当日、健診病院受付でお支払い下さい。
※ 健保組合を経由せずに予約・変更・取消をされた場合は全額受診者個人負担となります。必ず健保までご連絡下さい。
- ⑤ 申込方法: 健康保険組合共用のメールアドレス(kumiai_kenpo@mazak.co.jp)まで申込書を提出して下さい。
- ⑥ 受診日時の通知: 申込後、決定した受診日時は、病院から直接ご自宅へ送付される健診セットでご確認下さい。
※ 事前に受診日時の通知を希望される方は下表(申込書)の備考欄にその旨をご記入下さい。
- ⑦ 基本検査項目: 下記の全ての基本検査項目を受診しない場合は、健保組合からの補助は受けられません。
(特別な事情がある方は、事前に健保組合までご相談下さい。)

| | | |
|------------------|------------------------------------|-----------|
| ○身体計測(身長・体重・腹囲等) | ○生理検査(血圧・心電図・視力・聴力等) | ○胸部X線直接撮影 |
| ○胃透視(バリウム)検査 | …胃カメラに変更できる病院があります(別途変更差額料金の支払が必要) | |
| ○腹部超音波検査 | ○血液検査(生化学検査・血清検査を含む) | ○尿検査 |
| | | ○便検査 |
| | | ○診察(内科問診) |

- ⑧ 無料オプション検査: 【男性】○ 前立腺がん検査(血液検査)
【女性】○ 婦人科検診(子宮頸部細胞診・内診)
○ 乳がん検査(マンモグラフィ又は乳腺エコーのいずれか一つ)
…マンモグラフィと乳腺エコーの両方検査をする場合はいずれかの検査費用が自己負担。
- ⑨ 注意事項: 妊娠中又は妊娠の可能性のある方及び出産後6ヶ月未満の方は受診できません。また、お子さんに授乳中の方は、乳がん検診(マンモグラフィ)は行えません。※ 個別に対応しますので、申込時に健保組合までご連絡・ご確認下さい。
- ⑩ 脳検査: 脳検査を希望される方(対象者:本年45歳、50歳、55歳、60歳、65歳になる方)は脳検査申込書と一緒に提出して下さい。(脳検査の申込締切は1月31日です。)
- ⑪ 個人情報等に関する留意事項:

1.この申込書に記載いただく個人情報は、当組合の有資格者であることの確認、健診機関に於ける受診者の確認、健診費用の一部負担金請求及び健診結果を送付するための情報に限定し、それ以外の目的には使用しません。

2.当健保組合では、健診機関に健診費用を支払う際に健保組合が指定した検査内容で実施されているかどうかを判断するため、また受診された方の健康状態の傾向を把握し、加入者の保健事業に活用するために、健診の結果を入手します。

3.当健保組合の健診(人間ドック)は、事業主が行う定期健康診断を兼ねており、事業主と共同事業で実施します。受診者より特段の申し出がない限り定期健康診断項目の健診結果は事業主も把握することになります。

4.申込みの際し、必要事項を記入しなかった場合は、健診を受けることができません。また健診結果は、健診機関から健保組合へ送付されますが、受診者から特に申し出がない場合は、情報利用の同意をいただいたものとしたします。健診結果は、健康保険組合の実施する各種保健事業(特定保健指導、糖尿病重症化予防事業、慢性腎臓病予防事業、kencomでの健診結果閲覧機能等)のために保健事業委託業者に提供し健康の保持増進のために活用します。

※ 上記の個人情報等に関する留意事項について承諾のうえ、人間ドックを申し込みます。

人間ドック申込書(TC用) (申込締切:7月31日(水)健保到着分まで) 申込日:令和6年 月 日

| | | | | | | |
|-------------------------|-----------|-----------------------|-------|-------|-----|-------|
| 所属名 | | 内線番号 (社内で連絡の取れる番号) | | 第一希望日 | 月 | 日() |
| 健康保険証記号番号 | 記号 | 番号 | 社員コード | 第二希望日 | 月 | 日() |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 男・女 | 本人・家族 |
| | | | | 第三希望日 | 月 | 日() |
| 受診者氏名(フリガナ) | (フリガナ:) | | | | | |
| 住所・電話番号 (健診セット送付希望先) | 〒 (TEL:) | | | | | |

受診機関:

例年の受診等で受診希望病院がわかればご記入下さい ⇒

基本的には各TC毎に、健康保険組合連合会と契約している受診可能医療機関で健保組合より指定しています。
ご不明の場合は、健康保険組合までお問合せ下さい。

無料オプション検査: 受診ご希望の方は□にチェックを入れて下さい。乳がん検診はマンモか乳腺エコーのどちらか一つが無料オプションです。

前立腺がん検査 婦人科検診(子宮頸部細胞診・内診) 乳がん検診(マンモグラフィ) 乳がん検診(乳腺エコー)

有料となる検査: 個人費用負担が必要です(病院により金額が異なります。また受診できない病院もあります。詳しくは健保組合へお問合せ下さい。)

バリウム検査→胃カメラ検査への変更 胃カメラの種類選択(経口胃カメラ 経鼻胃カメラ)

備考(有料オプション希望の場合の申込内容や決定受診日の事前連絡が必要な場合等にご記入下さい)