

受診日の3週間前までに健保組合へ提出

《被保険者(社員)及び被扶養者用》

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	係

スズケン健康保険組合

人間ドック申込書兼がん検診申込書

(社員の人間ドック受診は、定期健康診断を兼ねます)

◎当組合がホームページに記載している受診要件

被保険者のみが受診する場合

『質問票』を別紙に印刷をし、2枚をそろえて
事業所の担当部署に提出してください。(両面コピー不可)

R6.4改訂

申込期限	受診日の3週間前までに提出 ※受診日の2週間前までに、健保組合から健診機関へ受診券を送付する契約となっています。
受診期限	法的義務※を果たすため、9月までに受診して下さい。 ※健保組合は高齢者医療確保法による期限内の特定健康診査及び保健指導結果の報告。 会社は労働安全衛生法による年度内の定期健康診断結果報告書の提出。
受診機関	契約健診機関(ホームページ又は保健事業実施要綱添付書類参照)で受診して下さい。 ※契約外機関はやむを得ない場合(地域的に受診機関がない等)のみ受診して下さい。
健診結果の受取	結果表は、健診機関から直接健保組合が受け取ります。(契約健診機関) ※契約外健診機関で受診した方は、補助額請求書に結果表のコピーを添付して健保組合へ提出していただきます。
情報の共同利用	健保組合と会社は、社員の健康管理のため健診結果・保健指導対象者情報を共同で利用します。 ※当組合HPIにてご確認下さい。「事業所との個人情報の共同利用について」の公表
補助条件	当組合が指定する要件で受診して下さい。(詳細はホームページ又は保健事業実施要綱参照) (抜粋)「契約健診機関では当組合の契約コース料金で受診して下さい。 基本検査項目を受診して下さい。

この申込書を記入した日にちです

■私は貴組合が定める要件に同意し、下記の事項を承諾し、申し込みます。(社員が記入して下さい)

申込者	申込日	令和 6 年 4 月 10 日	被保険者名	健保 太郎	
	被保険者証記号-番号	※保険証の「氏名」上段を参照 記号 1 番号 12345	社員番号	67890	
	事業所名	株式会社 スズケン	所属部署名	〇〇部〇〇支店 電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
受診者(2名まで同時申込可能)	受診者1		受診者2		
	フリガナ	ケンボ タロウ			
	漢字	健保 太郎			
	続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族		
	生年月日	昭和・平成 45 年 6 月 20 日	昭和・平成 年 月 日		
	連絡先	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 現在お住まいの住所をご記入ください 電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	〒 - 電話 - -		
	受診機関	人間ドック契約健診機関一覧より正確に転記して下さい		人間ドック契約健診機関一覧より正確に転記して下さい	
		名称	〇〇〇〇クリニック		
		電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	機関コード	4桁のコードを記入 ※契約健診機関一覧に記載がない場合は記入不要	1 2 3 4	4桁のコードを記入 ※契約健診機関一覧に記載がない場合は記入不要	
契約区分	<input checked="" type="checkbox"/> 契約 ・ <input type="checkbox"/> 契約外 (やむを得ない場合のみ)	<input type="checkbox"/> 契約 ・ <input type="checkbox"/> 契約外 (やむを得ない場合のみ)			
受診日	令和 6 年 6 月 10 日(予約は各自で行う)	令和 年 月 日(予約は各自で行う)			
申込対象	※当年度4月1日現在、該当年齢に達している方が対象 <input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック(35歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮がん(30歳以上) (質問票添付のこと) <input type="checkbox"/> 前立腺がん(50歳以上) <input type="checkbox"/> 乳がん(30歳以上)	※当年度4月1日現在、該当年齢に達している方が対象 <input type="checkbox"/> 人間ドック(35歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮がん(30歳以上) (質問票添付のこと) <input type="checkbox"/> 前立腺がん(50歳以上) <input type="checkbox"/> 乳がん(30歳以上)			

令和〇年度人間ドック契約健診機関一覧

機関コード	都道府県	指定施設名	住所	電話番号	料金	本部
4179	北海道	医療法人社団明日佳 白石明日佳病院	札幌市白石区東札幌5条5-2-5	011-823-5151	32,400	*
0319	北海道	公益財団法人北海道労働健康管理協会	札幌市白石区本郷通3丁目南2番13号	011-862-5131	37,800	
3012	北海道	医療法人徳洲会 札幌徳洲会病院	札幌市厚別区大谷地東1-1-1	011-890-1110	41,040	*
4176	北海道	独立行政法人 地域医療機能推進機構 札幌北辰病院	札幌市厚別区厚別中央2条6-2-1	011-893-5881	40,170	*
0604	北海道	医療法人社団豊生会 東苗穂病院	札幌市東区東苗穂3条1丁目	011-784-1121	20,572	
0215	北海道	函館中央病院	函館市本町33-2	0138-52-1231 内線2274	37,800	

受診日の3週間前までに健保組合へ提出

《被保険者(社員)及び被扶養者用》

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	係

スズケン健康保険組合

人間ドック申込書兼がん検診申込書

(社員の人間ドック受診は、定期健康診断を兼ねます)

◎当組合がホームページに記載している受診要件、

被保険者と被扶養者が受診する場合

受診者ごとに『質問票』を印刷し、事業所の担当部署に提出してください。(両面コピー不可)

R6.4改訂

申込期限	受診日の3週間前までに健保組合へ提出 ※受診日の2週間前までに、健保組合から健診機関へ受診券を送付する契約となります。
受診期限	法的義務※を果たすため、9月までに受診して下さい。 ※健保組合は高齢者医療確保法による期限内の特定健康診査及び保健指導結果の報告。会社は労働安全衛生法による年度内の定期健康診断結果報告書の提出。
受診機関	契約健診機関(ホームページ又は保健事業実施要綱添付書類参照)で受診して下さい。 ※契約外機関はやむを得ない場合(地域的に受診機関がない等)のみ受診して下さい。
健診結果の受取	結果表は、健診機関から直接健保組合が受け取ります。(契約健診機関) ※契約外健診機関で受診した方は、補助額請求書に結果表のコピーを添付して健保組合へ提出していただきます。
情報の共同利用	健保組合と会社は、社員の健康管理のため健診結果・保健指導対象者情報を共同で利用します。 ※当組合HPIにてご確認下さい。「事業所との個人情報の共同利用について」の公表
補助条件	当組合が指定する要件で受診して下さい。(詳細はホームページ又は保健事業実施要綱参照) (抜粋)「契約健診機関では当組合の契約コース料金で受診して下さい。 ※基本検査項目を受診して下さい。

この申込書を記入した日にちです

■私は貴組合が定める要件に同意し、下記の事項を承諾し、申し込みます。(社員が記入して下さい)

申込者	申込日	令和 6 年 4 月 10 日	被保険者名	健保 太郎	
	被保険者証記号-番号	※保険証の「氏名」上段を参照 記号 1 番号 12345	社員番号	67890	
	事業所名	株式会社 スズケン	所属部署名	〇〇部〇〇支店 電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
受診者(2名まで同時申込可能)	受診者1		受診者2		
	フリガナ	ケンボ タロウ	ケンボ ハナコ		
	漢字	健保 太郎	健保 花子		
	続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 家族		
	生年月日	昭和・平成 45 年 6 月 20 日	昭和・平成 50 年 10 月 25 日		
	連絡先	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 現在お住まいの住所をご記入ください 電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 現在お住まいの住所をご記入ください 電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	受診機関	人間ドック契約健診機関一覧より正確に転記して下さい		人間ドック契約健診機関一覧より正確に転記して下さい	
		名称	〇〇〇〇クリニック	医療法人〇〇会 〇〇病院 健診センター	
	電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	機関コード	※4桁のコードを記入 ※契約健診機関一覧に記載がない場合は記入不要	※4桁のコードを記入 ※契約健診機関一覧に記載がない場合は記入不要		
契約区分	<input checked="" type="checkbox"/> 契約 ・ <input type="checkbox"/> 契約外 (やむを得ない場合のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 契約 ・ <input type="checkbox"/> 契約外 (やむを得ない場合のみ)			
受診日	令和 6 年 6 月 10 日(予約は各自で行う)	令和 6 年 8 月 5 日(予約は各自で行う)			
申込対象	※当年度4月1日現在、該当年齢に達している方が対象 <input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック(35歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮がん(30歳以上) (質問票添付のこと) <input type="checkbox"/> 前立腺がん(50歳以上) <input type="checkbox"/> 乳がん(30歳以上)	※当年度4月1日現在、該当年齢に達している方が対象 <input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック(35歳以上) <input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん(30歳以上) (質問票添付のこと) <input type="checkbox"/> 前立腺がん(50歳以上) <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん(30歳以上)			

令和〇年度人間ドック契約健診機関一覧

機関コード	都道府県	指定施設名	住所	電話番号	料金	本部
4179	北海道	医療法人社団明日佳 白石明日佳病院	札幌市白石区東札幌5条5-2-5	011-823-5151	32,400	*
0319	北海道	公益財団法人北海道労働保健管理協会	札幌市白石区本郷通3丁目2番13号	011-862-5131	37,800	
3012	北海道	医療法人徳洲会 札幌徳洲会病院	札幌市厚別区大谷地東1-1-1	011-890-1110	41,040	*
4176	北海道	独立行政法人 地域医療機能推進機構 札幌北辰病院	札幌市厚別区厚別中央2条6-2-1	011-893-5881	40,170	*
0604	北海道	医療法人社団豊生会 東苗穂病院	札幌市東区東苗穂3条1丁目	011-784-1121	20,572	
0215	北海道	函館中央病院	函館市本町33-2	0138-52-1231 内線2274	37,800	

受診日の3週間前までに健保組合へ提出

《被保険者(社員)及び被扶養者用》

健保組合使用欄 table with columns: 常務理事, 事務長, 係

スズケン健康保険組合
人間ドック申込書兼がん検診申込書
(社員の人間ドック受診は、定期健康診断を兼ねます)

被扶養者のみが受診する場合

◎当組合がホームページに記載している受診要件、

『質問票』を別紙に印刷をし、2枚をそろえて
健康保険組合に提出してください。(両面コピー不可)

R6.4改訂

Table with 2 columns: 申込期限, 受診期限, 受診機関, 健診結果の受取, 情報の共同利用, 補助条件

この申込書を記入した日にちです

■私は貴組合が定める要件に同意し、下記の... (社員が記入して下さい)

Main application form with sections: 申込者, 受診者(2名まで同時申込可能), 受診機関, 契約区分, 受診日, 申込対象

令和〇年度人間ドック契約健診機関一覧

Table listing medical institutions with columns: 機関コード, 都道府県, 指定施設名, 住所, 電話番号, 料金, 本部

質問票(人間ドック用)

健保組合使用欄

この質問票は人間ドック申込書と両面印刷しないで下さい

受診日	令和 ●●年 ●●月 ●●日		保険証 記号番号	※保険証の「氏名」上段を参照		
				記号	番号	
本人家族 区分	被保険者(本人) 被扶養者(家族)		受診者氏名	健保 太郎		
生年月日	昭和 平成 ●●年 ●●月 ●●日		性別	男 女		
質問項目			あてはまる番号に○を一つつけてください			
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無(医師の判断・治療のもとで服薬中のもの)					
1	a.血圧を下げる薬			1. はい	2. いいえ	
2	b.血糖を下げる薬又はインスリン注射			1. はい	2. いいえ	
3	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	
4	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	
5	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	
6	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	
7	医師から、貧血といわれたことがある。			1. はい	2. いいえ	
8	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、下記条件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)			1. はい(条件1と条件2を両方満たす) 2. 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) 3. いいえ(1、2以外)		
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。			1. はい	2. いいえ	
10	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			1. はい	2. いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施			1. はい	2. いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。			1. はい	2. いいえ	
13	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		
14	人と比較して食べる速度が速い。			1. 速い	2. ふつう 3. 遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。			1. はい	2. いいえ	
16	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	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。			1. はい	2. いいえ	
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (回答7「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒暦があったが、最近1年以上酒類を摂取していない者である)			1. 毎日	2. 週5~6日 3. 週3~4日 4. 週1~2日 5. 月に1~3日 6. 月に1日未満 7. やめた 8. 飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、 ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)			1. 1合未満	2. 1~2合未満 3. 2~3合未満 4. 3~5合未満 5. 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。			1. はい	2. いいえ	
21	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か月以内) 3. 近いうち(概ね1か月以内)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か月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)		
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。			1. はい	2. いいえ	

服薬している場合は、保健指導対象から除外されます。指導有無に関する重要な質問ですので、きちんと回答をお願いします。

◎「被保険者」の質問票は、スズケン健康保険組合と会社が安全配慮、健康管理及び増進を効率的且つ効果的に行うことを目的に、健診結果と共に共同で利用します。

スズケン健康保険組合