

【見本】

## 2026年度 人間ドック（含：特定健診）申込書

会社名	油研工業株式会社		
被保険者等記号・番号	123 - 12345	従業員番号	12345
被保険者名	健保 太郎		
(ふりがな)	けんぼ たろう	性別	1. 男 2. 女
受診者名	健保 太郎	生年月日	S・H ○○年○○月○○日
※被保険者の 現住所・TEL	〒 252-1113 神奈川県綾瀬市上土棚中4-4-34		TEL ( 0467 ) 77 - 2181
	※昨年の健診以降：住所変更		1. あり 2. なし
健診希望日 (期間：8月1日～11月30日)	第1希望日：2026年 ○○月 ○○日	希望に○	胃カメラへ変更
第3希望日まで必ずご記入ください	第2希望日：2026年 ○○月 ○○日		ペプシノゲンへ変更
	第3希望日：2026年 ○○月 ○○日		婦人科・腫瘍マーカーは下記

希望施設：◆12（その他・個人受診）の方：※被保険者の現住所・TEL から以下の欄は記入不要です。

- 自己負担額：被保険者17,000円、被扶養者20,000円（2026年11月の給与控除）
- オプション検診 ⇒ 健診後に窓口で自己精算となります

有料オプション		↓女性腫瘍マーカー以外は健保補助対象です。↓申請は領収書（本票）必要		
希望施設（番号に○）	婦人科（希望コースに○）	腫瘍マーカー（どちらか○）	受診歴○	
1 京浜健診クリニック	A1・A2	する・しない	有	
2 横浜東口クリニック	Y1	する・しない	有	
3 湘南藤沢徳洲会	B1・B2・B3	標準で含まれます	有	
4 大船中央病院	O1・O2	標準で含まれます	有	
5 湘南健康管理クリニック	C1・C2・C3・C4	標準で含まれます	有	
6 藤沢順天医院	D1・D2・D3・D4	標準で含まれます	有	
7 ヘルチェック	E1・E2	する・しない	有	
希望施設名(番号)： 希望時間：				
8 大和徳洲会病院	F1・F2・F3・F4	標準で含まれます	有	
9 ライフメディカル	G1・G2・G3・G4	標準で含まれます	有	
10 (医) 相和会	H1・H2・H3・H4	する・しない	有	
希望施設名(番号)：				
11 神奈川県労働衛生福祉協会	I1・I2・I3	する・しない	有	
12 ◆その他（個人受診） （予約～支払 個人）	・受診日決定・変更・キャンセル 健診施設へ連絡後 → 健保へ連絡 ・受診後の領収書（本票） → 健保へ送付			

申込締切日2026年5月12日（火）厳守願います。