【記入見本】

任意継続者

（注意）人間ドック受診時に当健康保険組合の資格を喪失している場合は受診できません。
なお、受診された場合は全額自己負担となりますのでご注意ください。

健診機関に予約完了後、いずれかの方法で健康保険組合へご提出ください。

【提出先】 小野薬品健康保険組合 宛

① メール（健康保険組合 川邉 kawabe@ono-pharma.com） ※健保HPより受診申込書をﾀﾞｳﾝﾛｰﾄﾞしてください。

② FAX（06-6222-5650） ③ 郵送（保険証記載の住所宛）

※必ずチェックを入れてください。

人間ドック受診申込書

申込日提出日 2025 年 5 月 15 日

☑ 個人情報の取り扱いに同意します。

（上記チェックボックスには必ずチェックをつけてください。同意できない場合は人間ドックの受診はできません。）

※ 個人情報の取り扱いについては裏面をご覧ください。

保険証記号	100	保険証番号（4ケタ＋2ケタの数字）	（番号） ××××－	（枝番） ××	被保険者	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ケンポ イチロウ					
						氏名	健保 一郎					
受診者	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ケンポ イチロウ			生年月日（年度末（3月末時点）の年齢をご記入ください）					性別		
	氏名	健保 一郎			1961 年 3 月 10 日 （ 65 歳 ）					☑ 男	□ 女	
	住所	〒 ××× － ××××			E-mail	○○○○@○○○.○○.jp						
		大阪府大阪市中央区○○町×－×－×				電話番号（日中連絡先）	×××－××××－××××					
予約された健診施設名		○○病院 健診センター				コース	日帰りドック					
予約日・受付時間		2025 年 10 月 16 日 水 曜日				☑ 午前 9 時 30 分 □ 午後 時 分						

検査項目 ・各施設の検査内容・費用は健康保険組合のホームページでご確認ください。 ・オプション検査を希望される場合は予約時にご自身でお申込みください。			申込みされた検査に○をつけてください	個人負担額 個人負担額がある場合はこちらに金額をご記入ください	
基本検査			○	¥	5,500
オプション検査	【呼吸器】	胸部CT ※年齢条件あり		¥	
	【消化器】	バリウム		¥	
		胃カメラ（ ☑経口・ □経鼻 ）	○	¥	
		胃カメラ（鎮静剤）	○	¥	2,200
		ピロリ菌抗体検査	○	¥	
★オプション検査の年齢は年度末（3月末時点）の年齢となります。（年齢早見表参照）年齢条件を満たす場合は健保負担で受診できます。	【前立腺癌】	PSA ※年齢条件あり	○	¥	
	【肝炎】	HBs抗原 ※年齢条件あり		¥	
		HCv抗体等 ※年齢条件あり		¥	
		HBs抗原・HCv抗体等 （セット料金設定あり）※年齢条件あり		¥	
	【乳がん】	超音波		¥	
		マンモグラフィ1方向		¥	
		マンモグラフィ2方向		¥	
		超音波・マンモグラフィ（セット料金設定あり）		¥	
★当年度（2025年度）は2025/4/1～2026/3/31の1年間となります。	【子宮がん】	内診・頸部細胞診		¥	
		内診・超音波		¥	
		内診・頸部細胞診・超音波（セット料金設定あり）		¥	
	【その他】			¥	
基本料金＋オプション検査料金等の合計 ★個人負担分は検査当日、窓口でお支払いください				¥	7,700

【お願い】 ① 本人確認のため受診当日は保険証をご持参ください。
② 健診機関や予約日を変更した場合は必ず健康保険組合まで連絡してください。

（2025/04/01改）