

送付先 FAX:0172-31-3088 (業務委託機関:株式会社バリューHR)

【お申込について】

受診を希望する契約医療機関へ予約をされた後に、当連絡票へ必要事項をご記入し送信して下さい。  
予約受付期間(2026/2/1～8/31)、受診可能期間(2026/4/1～12/31)ともに厳守して下さい。期間外の手続きは健保補助対象となりません。

2026年度太陽誘電健康保険組合 健診予約情報連絡票

|         |      |  |                 |  |     |  |  |  |  |
|---------|------|--|-----------------|--|-----|--|--|--|--|
| ○被保険者情報 |      |  |                 |  |     |  |  |  |  |
| 被保険者名   | フリガナ |  | 保 険 証 記 号 ・ 番 号 |  |     |  |  |  |  |
|         | 氏 名  |  | 記 号             |  | 番 号 |  |  |  |  |

|                                  |      |  |                  |  |       |  |                           |           |  |
|----------------------------------|------|--|------------------|--|-------|--|---------------------------|-----------|--|
| ○健診予約情報 ※健診機関へ予約をした内容を以下へご記入下さい。 |      |  |                  |  |       |  |                           |           |  |
| 受診予約日                            | 年    |  | 月                |  | 日     |  | ※2026年 受診可能期間 4月1日～12月31日 |           |  |
| 健診機関名                            |      |  | 健診機関受付者名<br>※任 意 |  |       |  | 申込日<br>※任意                | 年 月 日     |  |
| 受 診 者                            | フリガナ |  | 性 別              |  | 男 ・ 女 |  | 続 柄                       | 本人 ・ 被扶養者 |  |
|                                  | 氏 名  |  | 生年月日(西暦)         |  | 年     |  | 月 日                       |           |  |
| 住 所                              | 〒 -  |  |                  |  |       |  |                           |           |  |

○基本コース 予約したコースを☑して下さい。健保補助超過分は自己負担となります。 年齢基準日:2027.3.31

|                          |  |                          |   |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 日帰り人間ドック(胃X線)<br>(35歳以上 25,000円まで健保補助)         | <input type="checkbox"/> | 1泊2日人間ドック(胃X線)<br>(35歳以上 30,000円まで健保補助)         | <input type="checkbox"/> | 脳ドック(単独)<br>(50・53・56・59・62・65・68・71・74歳<br>15,000円まで健保補助) |
| <input type="checkbox"/> | 日帰り人間ドック<br>(胃内視鏡・経口)<br>(35歳以上 25,000円まで健保補助) | <input type="checkbox"/> | 1泊2日人間ドック<br>(胃内視鏡・経口)<br>(35歳以上 30,000円まで健保補助) |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | 日帰り人間ドック<br>(胃内視鏡・経鼻)<br>(35歳以上 25,000円まで健保補助) | <input type="checkbox"/> | 1泊2日人間ドック<br>(胃内視鏡・経鼻)<br>(35歳以上 30,000円まで健保補助) |                          |  |

○選択オプション 予約したコースを☑して下さい。健保補助超過分は自己負担となります。

|                          |   |                          |  |                          |  |
|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 子宮がん検査<br>(子宮頸部細胞診)<br>(35歳以上 5,000円まで健保補助)   | <input type="checkbox"/> | PSA検査<br>(前立腺がん腫瘍マーカー)<br>(35歳以上 5,000円まで健保補助) | <input type="checkbox"/> | 脳ドック<br>(50・53・56・59・62・65・68・71・74歳<br>15,000円まで健保補助) |
| <input type="checkbox"/> | 乳がん検査 ※<br>(マンモグラフィー)<br>(35歳以上 5,000円まで健保補助) |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | 乳がん検査 ※<br>(乳房超音波)<br>(35歳以上 5,000円まで健保補助)    |                          |  |                          |  |

※ マンモグラフィーと乳房超音波をセットコースでご予約の場合は、両方に☑をお願いします。

|                |  |                |  |
|----------------|--|----------------|--|
| 受診承認書の<br>受取方法 | <input type="checkbox"/> F A X   | - -            |  |
|                | <input type="checkbox"/> 郵 送   | (上記の住所へ発送致します) |  |
| 連 絡 先          | ※健診機関より連絡が入る場合がございます。日中連絡のとれる番号をお願い致します。   |                |  |
|                | <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 会 社 <input type="checkbox"/> 携 帯 | - -            |  |

【健診結果のデータ取扱いについて】

太陽誘電健康保険組合は人間ドック医療機関との個別契約、予約等受診に至る業務の他、労働安全衛生法で定められた法定検診項目及び高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて厚生労働省が定めた特定健康診査項目を含め、受診後の個人別健診結果の全てのデータ取りまとめを(株)法研とその委託先である(株)バリューHRへ委託しております。またそのデータは事業主と共同利用することになっております。  
上記の取扱いについてご同意の上、お申込ください。

【お問合せ先】

株式会社バリューHR / 健診カスタマーサービス      TEL:0570-075-714(平日 9:30-17:00 土日祝休)