

健康診断のご案内

オエノンホールディングス健康保険組合

〒271-0064 千葉県松戸市上本郷字仲原250

オエノン松戸事務所

TEL 047 (729) 1836

＝＊健康診断受診申込書の記入例＊＝

●受診申込書の記入は、下の記入例を参考にしてご記入下さい。

●記入が終わりましたら、プライバシーシール（目隠し）を貼って
締切に間に合うようにお送り下さい。

申込日 0 月 0 0 日		受 診 申 込 書																								
健保 コード	2	4	6	4	1	0	0	1	健保名	オエノンホールディングス健康保険組合																
ご案内文書の内容を確認・承諾し、下記の通り申込み致します。										希望 医療 機関 名	コード No.	0 3 2 1 1 0 0 1														
健康保険証 記号・番号	記 号	1		2		3		番 号	1		2		3		4		5		6							
氏 名	フリガナ	ニ		ホ		シ		タ		ケ		コ		性 別	1. 男		② 女		検査 申込 内容	男性	生活習慣病健診 基本検査 ※胸部X線、胃部X線、大腸便潜血(35歳以上)、PSA(50歳以上)を含む					
名		日 本 健 子													女性	生活習慣病健診 基本検査 ※胸部X線、胃部X線、大腸便潜血(35歳以上)、子宮頸部細胞診、乳房検査を含む										
生年月日	⑤・H	0 0		年	0		月	0		日	満		0 0		歳		【女性のみ】希望する乳房検査に○をつけてください。									
日中連絡先 (電話番号)	0 3	-		3		3		1		2		-		3		4		5		6		○ 乳房マンモグラフィ	※未選択時は乳房エコー検査が優先となります。 また、医療機関名簿にて実施可能な検査かご確認ください。			
住 所 (漢字で)	〒	1		6		6		-		0		0		0		4		第1希望 0 月 0 0 日(月)				○ 乳房エコー	第2希望 0 月 0 0 日(水)			
	東 京 都 杉 並 区 阿 佐 谷 南												/ - 1 4 - 1				第3希望 0 月 0 0 日(金)				○ 特に希望日なし(いつでも良い)					
申込日より30日以上先の日を記入してください。																										
※特に希望日が無い方は希望日を記入せず“○”を付けて下さい。																										

皆様お元気でお過ごしのことと思います。

日頃は健康保険事業にご理解・ご協力を戴きありがとうございます。

生活習慣病の多くは自覚症状がなく進行します。

必ず毎年健康状態のチェックをし、ご自身の疾病予防にお役立てください。

1. 申 込 資 格：配偶者ならびに40歳以上の被扶養者
(年齢基準：2025年3月31日現在)

ご注意：誤って資格喪失後に受診された場合は、全額自己負担になります。

受診日に被保険者、被扶養者の資格がない方は受診できません。

資格喪失の予定がある方は喪失される前に受診してください。

申込後に就職等により資格喪失された場合は「キャンセル」の連絡をお願いいたします。

2. 申込み締切：2024年7月19日（金）

3. 受 診 期 間：～2024年11月末日まで

4. 健 診 場 所：右の二次元コード、あるいは下のURLからご希望の医療機関をお選びください。

<https://www.healthnet.or.jp/meibo/oenon/s.html>

5. 申込み方法：別添「受診申込書」ハガキでお申送ください。ー記入例参照ー

6. 検 査 項 目：下記検査項目は、自己負担なしで受診できます。



受診お申込みにあたってのお願い

一般財団法人日本健康文化振興会に健診の申込窓口をはじめ健診関係の諸業務を委託して行います。

尚、同財団は、昭和21年に厚生労働省（当時厚生省）の許可を得て設立された公益法人で、健康教育・健康診断・健康指導などの健康管理支援事業を長年にわたり行っています。

同財団は、健保組合及び企業・団体より、全国健診事業の事務的諸業務を受託し、受診者の健診データを継続的に保守管理することにより、受診者からの過去データのお問い合わせにお答えしたり、受診者にとって健診結果に基づく保健指導などが必要な場合の参考にさせていただいていますが、同財団は医療機関として医療関連法規に基づく守秘義務を課されていることに加え、個人情報保護法に基づく受診者の個人情報保護を厳格に行っており、又、別添「健診実施医療機関名簿」に掲載しました医療機関につきましても、同財団との間で、同様の守秘義務と個人情報保護を厳格に行う旨の契約を取り交わしておりますので、受診のお申込みに当たっては、以上のことをご了承の上お申込みいただけますようお願い申し上げます。

お申込み後のお問い合わせ先

(一財)日本健康文化振興会 全国健診部

〒166-0004 東京都杉並区阿佐谷南1-14-1

☎ 03(3316)0777 FAX. 03(3316)1246

業務時間 月～金 9:00～17:30(土・日・祝日休み)

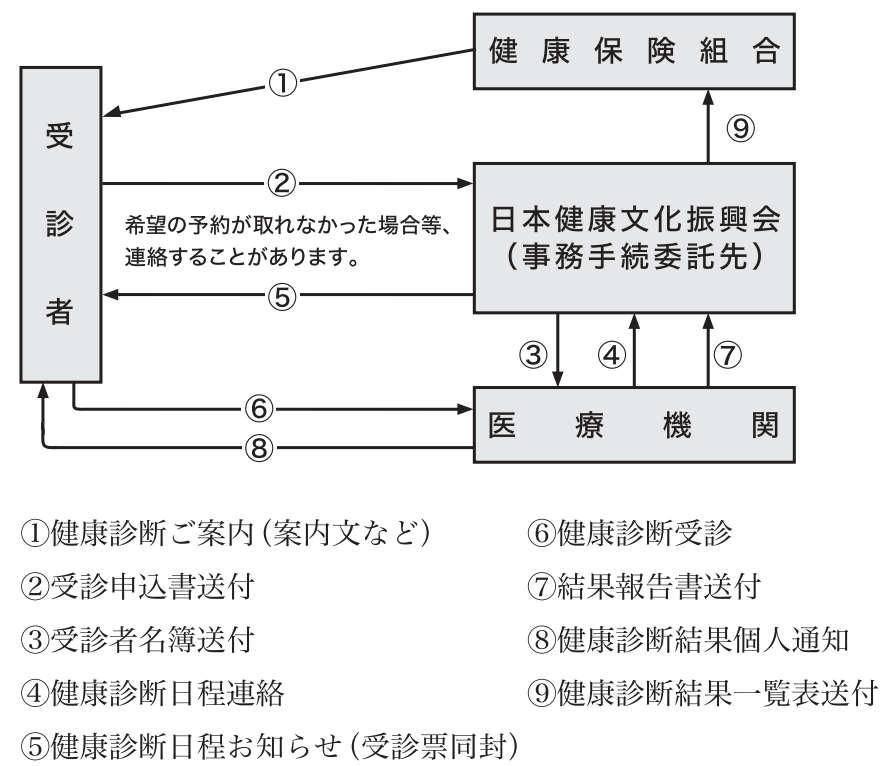
※医療機関によって実施できない検査項目もあります。必ず受けたい検査がある場合は、「健診実施医療機関名簿」の●印をご確認の上お申し込みください。

※上記以外の希望検査項目については、全額自己負担となります。

受診当日に窓口でお支払いください。

*裏面もご覧ください！

7. **健診費用**：上記検査の範囲での受診の場合は、全額健康保険組合が負担します。
二次検査（再検査や精密検査）は健康保険証を使用し、受診してください。
8. **実施手順**：概ね下記のような図の番号に従って進められます。
- (1) 受診日の連絡は医療機関より報告があり次第、日本健康文化振興会から健康診断受診票と共に文書でご自宅へ郵送されます。
- (2) 結果報告は受診後3～4週間位をめどに受診された医療機関からご自宅へ郵送されます。
(受診者の多い医療機関の場合は少し遅くなる場合があります。)
- ※健診結果個人通知は、基本的に受診された医療機関からのみ送付されます。
(一部、日本健康文化振興会から送付される場合もあります。)
- (3) 受診申込み後の事務連絡は、日本健康文化振興会に委託して行います。
医療機関・日時により、ご希望の日程に添えない場合もあります。その場合、日本健康文化振興会より代替医療機関および日程のご連絡をさせていただきます。ご連絡には電話・SMS等を利用いたしますので、予めご了承ください。(連絡先巻末に記載)



9. **お問合せ**：ご不明な点がございましたら、健康保険組合までご連絡ください。
業務時間 月～金 8:00～16:30 (11:50～12:40を除く)
健保休業日 土・日・祝日休み。
TEL 047-729-1836 FAX 047-729-1837