

令和7年度

人間ドック
生活習慣病予防健診

申込書

《締切日》 令和7年4月30日組合必着 《FAX》 不可

〈被保険者の方へ〉 同意される方は☑チェックをしてください

☐ 健診結果を事業主と共有することに同意のうえ、申し込みます。

フリガナ _____

利用者
氏名 _____

↓利用者が被扶養者の場合はご記入ください

被保険者
氏名 _____

被 保 険 者

記号

番号

該当に☑をしてください

☐被保険者
(本人)☐被扶養者
(家族)利用者の
住所

〒

—

日中の連絡先

—

—

利用者の
生年月日昭和
平成

年

月

日

令和8年3月31日時点
利用者の年齢

歳

男 ・ 女

対象年齢を確認のうえ、希望する項目に☑チェックをしてください

☐

人間ドック (40歳以上)

☐頭部MR検査または脳ドック
(40歳以上)☐胸部CT検査または肺がん検診
(40歳以上)☐大腸CT検査
(40歳以上)☐乳がん検診
(40歳以上)☐子宮頸がん検診
(40歳以上)☐生活習慣病予防健診 本人:30歳以上
家族:40歳以上☐頭部MR検査または脳ドック
(40歳以上)☐胸部CT検査または肺がん検診
(40歳以上)☐大腸CT検査
(40歳以上)☐乳がん検診
(40歳以上)☐子宮頸がん検診
(本人:30歳以上、家族:40歳以上)利用する
健診機関は、
組合の指定
機関ですか？☐

はい

健診
機関名

健診機関名

所在地

☐

いいえ



電話番号

※**《ご注意》** 希望する項目を実施している場合にご利用いただけます。必ず、実施していることをご確認のうえお申し込みください。当組合の利用承認通知を受けた方は個人で予約し、健診費用全額をお支払いください。組合への補助金申請方法は承認通知でご案内します。

※健診により知り得た情報は、あなたの健康管理ならびに保健事業に役立てることを目的に使用し、それ以外には使用いたしません。

※個人情報の取り扱いについては、当組合のホームページ等でご確認ください。

※申込書の控えが必要な方はコピーをとり保管してください。

レディース健診申込書
申込書送付先：滋賀県自動車健康保険組合

申し込み内容については、健康診断以外の目的で使用することは一切ありません。

※インターネットからお申し込みいただいた方は、この申込用紙の送付は不要です。

当会記入欄

【必要事項(もれなくご記入ください)】

健康保険組合の名称		滋賀県自動車健康保険組合										2025年		288				
記号・番号		記号						番号								被保険者からみた続柄		
受診者	フリガナ																☐ 2 配偶者	
	氏名																☐ 3 配偶者以外の家族	
	生年月日		昭和		年		月		日		年齢		歳		※ 2026年(来年)3月31日時点の年齢をご記入ください		性別	☒ 女
	住所		郵便番号		—						都道府県							
	市区郡町名																	
	番地																	
	マンション名など																	
連絡先	電話		—						—									
	日中連絡先		—						—									
被保険者	勤務事業所名																	
	氏名																	

■希望会場(「健康診断会場一覧」をご覧ください。会場コード・会場名・希望日を必ずご記入ください)

	実施会場コード								会場名								希望日	
第一希望																	月	日
第二希望																	月	日
第三希望																	月	日

■オプション検査項目(ご希望の検査の□に✓印をつけてください)

	項目名	コード
☐	子宮検査(頸部細胞診)	402
☐	乳房検査(超音波検査法)	301
☐	乳房検査(マンモグラフィ法)	303

※ 乳房検査マンモグラフィ法は、実施していない場合がございます。「健康診断会場一覧」にて実施の可否をご確認ください。

347

補助金申請書

伺			資格取得	年	月	日	支給決定額	乳がん検診	円
常務理事	事務長	係員	資格喪失	年	月	日		子宮頸がん検診	円
			扶養認定	年	月	日			