受診者（記入）➡　健診機関（受領・確認）➡　神奈川県鉄工業健康保険組合

|  |
| --- |
| **神奈川県鉄工業健康保険組合**  **2025年度　《 人間ドック 》　《 乳がん検診 》　《 子宮がん検診 》　利用申込書** |

神奈川県鉄工業健康保険組合の契約健診機関にて受診する場合、「利用申込書」の提出が必要となります。

受診当日は、　**「健康保険証等」\***を提示し、**一部負担金**をお支払いのうえご受診ください。　

* 「健康保険証等」とは「健康保険証(令和7年12月1日まで使用可) 」または 「資格確認書」 または 「資格情報のお知らせ」 のことをいいます

**《 人間ドック 》 日帰り人間ドック**（検査内容は、健診機関により異なります） 健保補助 : 税込14,300円

*対象者 ： 被保険者 （35歳以上）平成3年（1991年）3月31日以前に生まれた方*

*被扶養者・任意継続者 （40歳以上）昭和61年（1986年）3月31日以前に生まれた方*

**《 乳がん検診 》 超音波検査 または　マンモグラフィー検査　　　＋ 希望により 「視触診検査」** 全額 健保補助

*対象者 ： 20歳以上の女性（被保険者 ・ 被扶養者 ・ 任意継続者）平成18年（2006年）3月31日以前に生まれた方*

**《 子宮がん検診 》 頸部細胞診　＋　内診** 全額 健保補助

*対象者 ： 20歳以上の女性（被保険者 ・ 被扶養者 ・ 任意継続者）平成18年（2006年）3月31日以前に生まれた方*

****

**■ 受診期間 ： 2025年4月1日 ～ 2026年3月31日（各検診、年度内一人1回限り）**

**■ 契約健診機関 ： 健保組合のホームページにてご確認ください**http://www.ktkkenpo.or.jp

|  |  |
| --- | --- |
| **受診者　記入欄** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. 利用者情報**　　　お手元の健康保険証等をご覧の上、ご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ご記入日 | | | | |  | | | | 年 |  | | 月 | |  | | 日 | |
| 被保険者証番号 | （記号） | |  | | | | （番号） | | | |  | | | | （枝番） | | | | |  | | | 区分 | | | 本人 | | | | | 家族 | | | | |
| 氏　名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者氏名（家族のみ記入） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 | | | | |  | | 年 | |  | | 月 | |  | | 日 | 年齢※1 | | | |  | | | 歳 | 性別 | | | | 男 | | | | 女 | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒 |  | | | － | | | |  | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | － | |  | | | | | － | |  | | | |  |
| *※1 年齢・・・年度末時点（2026年3月31日現在）での年齢をご記入ください。* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. 受診内容** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健診機関名 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 受 診 日 | | |  | | 年 |  | | 月 |  | 日 | |  | | | | |
| 受診内容 |  | 人間ドック | 日帰り人間ドック　（検査項目は健診機関により異なります） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 乳がん検診 |  | 超音波検査 | | | いずれかを選択  ※両方実施した場合、高い方を健保補助 | | | | | | | 追加  オプション |  | 視触診検査  ※一部実施できない健診機関があります |
|  | マンモグラフィー検査 | | |
|  | 子宮がん検診 | 頸がん検査（頸部細胞診） | | | | | | | |  | |  |  | | |
| 備考 | | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **3. 結果の取扱いに関する同意** |
| 健診結果は、本人及び健康保険組合に報告されます。  また、受診状況については、従業員の健康管理を目的に事業主が共有することがあります。  《個人情報の取扱いについて》  　　本事業における個人情報につきましては、契約健診機関と当健康保険組合の間で締結された個人情報の取扱いに関する  　　契約に従い適切に取り扱われます。 当健康保険組合が掲げる保健事業に必要な利用目的以外では使用いたしません。 |
| **上記内容に同意いたしました。**※同意の場合は☑　　同意いただけない場合は、ご受診いただけません。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **健診機関　記入欄** | *請求の際は、以下記入の上、健康保険組合に提出ください。* |

**健保組合照合欄**

**□**　1. 利用者情報について、健康保険証等と照合確認いたしました

**□**　2. 受診内容について、相違がないことを確認いたしました　　　　 1～3にチェック☑が無い場合、健保組合への請求不可

**□**　3. 結果の取扱いについて同意が得られている旨、確認いたしました

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記確認の上、健保組合へ請求いたします。 | 健保への請求金額 | 税込　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健診機関名 |  | （担当印） |

|  |
| --- |
| **神奈川県鉄工業健康保険組合**  **2025年度　《 人間ドック 》　《 乳がん検診 》　《 子宮がん検診 》　利用申込書** |

※以下、注意事項をよくお読みになってご受診ください。

**注意事項**

* ご受診の際は、「利用申込書」と「健康保険証等」を必ずご提示ください。　お忘れの場合は全額自費となります。

全額自費となった場合は、事業所を経由して健保組合へ補助金の請求手続きを行ってください。

* 各検診ともに、受診は年度内一人1回限りとなります。年度内2回以上の受診が確認された場合は、後日、健保組合より費用の返還請求をいたします。
* 年齢は、年度末時点での年齢にて判断します（2026年3月31日現在の年齢です）
* 乳がん検診は、「超音波検査」と「マンモグラフィー」のいずれかを選択しての受診となりますが、ご希望により

両方実施した場合は、料金の高い方を健保組合にて補助します。　詳しくは健診機関へお尋ねください。

* 3.結果の取扱いに関する同意については、同意いただけない場合は、ご受診いただけません。
* 「健保組合の契約健診機関」 以外で受診した場合は、事業所を経由して、健保組合へ補助金請求手続き

を行ってください。　 （補助金請求期限：2026年4月20日）

**※ 「利用申込書」 記入見本**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. 利用者情報**　　　お手元の健康保険証等をご覧の上、ご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ご記入日 | | | | | **2025** | | | | 年 | **4** | | 月 | | **10** | | 日 | |
| 被保険者証番号 | （記号） | | **1052** | | | | （番号） | | | | **111** | | | | （枝番） | | | | | **01** | | | 区分 | | | 本人 | | | | | 家族 | | | | |
| 氏　名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | **ケンポ　ハナコ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者氏名（家族のみ記入） | | | | | | | | | | | | |
| **健保　　花子** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **健保　太郎** | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 | | | | | **55** | | 年 | | **5** | | 月 | | **1** | | 日 | 年齢※1 | | | | **45** | | | 歳 | 性別 | | | | 男 | | | | 女 | | |
| 事業所名 | **〇〇〇〇〇〇　株式会社** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | **210** | | | － | | | | **0005** | | | | 電話番号 | | | | | | **044** | | | － | | **233** | | | | | － | | **5538** | | | |  |
| **神奈川県　川崎市 川崎区 東田町 8番地　　　　パレール三井ビルディング　8階**  *※1 年齢・・・年度末時点（2026年3月31日現在）での年齢をご記入ください。* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. 受診内容** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健診機関名 | | | **〇〇〇〇〇〇　健診センター** | | | | | | | | | | | | | |
| 受 診 日 | | | **2025** | | 年 | **5** | | 月 | **11** | 日 | |  | | | | |
| 受診内容 |  | 人間ドック | 日帰り人間ドック　（検査項目は健診機関により異なります） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 乳がん検診 |  | 超音波検査 | | | いずれかを選択  ※両方実施した場合、高い方を健保補助 | | | | | | | 追加  オプション |  | 視触診検査  ※一部実施できない健診機関があります |
|  | マンモグラフィー検査 | | |
|  | 子宮がん検診 | 頸がん検査（頸部細胞診） | | | | | | | |  | |  |  | | |
| 備考 | | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **3. 結果の取扱いに関する同意** |
| 健診結果は、本人及び健康保険組合に報告されます。  また、受診状況については、従業員の健康管理を目的に事業主が共有することがあります。  《個人情報の取扱いについて》  　　本事業における個人情報につきましては、契約健診機関と当健康保険組合の間で締結された個人情報の取扱いに関する  　　契約に従い適切に取り扱われます。 当健康保険組合が掲げる保健事業に必要な利用目的以外では使用いたしません。 |
| **上記内容に同意いたしました。**※同意の場合は☑　　同意いただけない場合は、ご受診いただけません。 |

問合せ先　：　神奈川県鉄工業健康保険組合　健康管理室　　　　℡044-233-5538