

人間ドック受診申込書 (個人メールアドレス利用)

◆対象者 30歳以上の被保険者および被扶養配偶者

◆補助回数 毎年4月～翌年3月までの年度内に1回

※40歳以上の被扶養配偶者は、「特定健康診査」と「人間ドック」の両方の受診はできませんので、年度内にどちらか一方を選択してご受診ください。

年度内に重複して受診された場合には、人間ドックの受診者負担分に加えて、特定健康診査費用相当額も負担していただきますのでご注意ください。

このフォームを送信する際に、お客様が、ご自身のお名前やメールアドレスなどの詳細情報を入力しない限り、その情報が自動的に取得されることはありません。

* 必須

1. 人間ドックの受診申し込みに際し、個人情報の授受に関して次の取り扱いを了承します。

・受診状況の把握や再検査・精密検査の受診勧奨などの健康管理業務に使用するため、健保組合と事業主が健診結果データ（オプション検査を含む）を共有すること

・健診機関が健保組合に対し健診結果を送付すること

注) 署名（入力）いただけない場合は、補助を受けられません。

受診者の署名：

*

日板 玲子

人間ドックの「受診者」の署名を入力してください

2. 受診日（予約日）*

日付を直接入力することも可能です。（カレンダー表示を消すと直接入力できるようになります）

2026/03/20

3. 被保険者等記号*

10

・資格情報のお知らせ
・マイナポータル
・資格確認書（お持ちの方）
等ご確認ください

4. 被保険者等番号*

13597

5. 受診機関 名称*

【東京】山王メディカルセンター

6. 被保険者 氏名*

姓と名の間に全角ス

日板 裕太

人間ドックを予約した医療機関を選択してください
※ここで選択できない医療機関は、補助の対象ではありません

7. 受診者氏名*

姓と名の間に全角スペースを空けてください

日板 玲子

8. 受診者氏名（フリガナ）*

姓と名の間に全角スペースを空けてください

ニチイタ レイコ

「2.受診日（予約日）」「10.受診者生年月日」の日付の入力方法

①入力欄を1回クリックするとカレンダーが表示され、日付を選択することができます。



ここをクリックすると
年を移動させることもできます

②もう1回クリックするとカレンダーが消えますので、日付を直接入力することができます。
（半角数字で「●●●●/●●/●●」の形式で入力してください）

2. 受診日（予約日）*

日付を直接入力することも可能です。（カレンダー

日付を入力してください(yyyy/MM/dd)

9. 受診者性別 *

男
 女

10. 受診者生年月日 *

日付を直接入力することも可能です。(カレンダー表示を消すと直接入力できるようになります)

1970/2/11 

11. 受診者住所：郵便番号 *

-(ハイフン) ありの8桁で入力してください 例) 111-1111

144-0051

12. 受診者住所 (受診機関からの問診票等の送付先) *

東京都大田区〇〇1-2-3 〇〇マンション105号室

13. 受診者電話番号 *

03-1234-5678

14. 受診者FAX番号

回答を入力してください

FAXをお持ちの場合は入力してください ※必須項目ではありません

15. メールアドレス *

返信先となるメールアドレスを入力してください

メールを入力してください

お持ちのメールアドレスを入力してください。 ※健診機関に持参いただく「人間ドック受診者通知書(受診者控え)」をお送りします。

16. オプション検査の申し込みがあれば記入してください。

胃カメラ、腫瘍マーカー、婦人科健診 (マンモグラフィ、子宮がん検査)、脳ドック

送信

オプション検査を申し込まれた場合は入力してください。なお、補助対象外のオプション検査もありますのでご注意ください。
補助対象外のオプション検査例：肥満遺伝子検査、アルコール遺伝子検査、健康年齢測定、軽度認知症機能検査、睡眠時無呼吸症候群検査、腸内フローラ検査、アレルギー検査、更年期検査、歯科ドック、運動教室 など