【申込書提出先】
〒111-0052　東京都台東区柳橋1-1-4
東日本プラスチック健康保険組合

契約健診機関外用 健康診断申込書

立替

・健康診断を契約健診機関外で実施するときは、健診日の14日前までにこの申込書を保健事業課にご提出ください。
・契約医療機関で受診の際は申込書の提出は不要です。（やむを得ない事情で契約医療機関で立替払い申請をされる場合はその旨ご記入ください）

◎必要な範囲での個人情報の提供について同意のうえ申込みます。　　申込日　　年　　月　　日

保険証記号		事業所名		工場・支店名	
所在地【送付先】	〒			電話番号	
				担当者名	

受診機関	名称	所在地(市区町村名まで)
		都道府県　市区町村

該当するものに○をつけてください	健診区分[コース]	1．定期健診 / 簡易健診（35歳未満 被保険者）	2. 生活習慣病予防健診（35歳以上 被保険者・被扶養者）	3. 人間ドック（35歳以上 被保険者・被扶養者）

保険証(枝番は不要) 記号	番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	健診予定日	備考
			1.男 2.女	1.本人 2.家族	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
			1.男 2.女	1.本人 2.家族	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
			1.男 2.女	1.本人 2.家族	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
			1.男 2.女	1.本人 2.家族	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
			1.男 2.女	1.本人 2.家族	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
			1.男 2.女	1.本人 2.家族	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
			1.男 2.女	1.本人 2.家族	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
			1.男 2.女	1.本人 2.家族	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
			1.男 2.女	1.本人 2.家族	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	
			1.男 2.女	1.本人 2.家族	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	

※裏面の注意事項も必ずお読みください。

健保組合受付印

2025.3

★ 注意事項 ★

立替(裏)

・被保険者の健診は必ず事業所経由でご提出ください。（健診日に任意継続者の場合を除く）

・健診日の14日前までにこの申込書を保健事業課に提出してください。

・受診機関別、健診区分（コース）別に申込書を作成してください。

・受診者数が多い場合は、申込書を表紙にして事業所が作成した受診者名簿を添付しても差し支えありません。

・組合補助対象外の健診の場合は、組合に申込書を提出する必要はございません。

・人間ドック・生活習慣病予防健診の検査項目は、明確な定義がない為、受診機関により検査項目が異なります。
検査項目について、受診前に必ずご確認ください。
当組合が定めた「健康診断 検査項目」以外の検査費用は、補助金の対象とはなりません。
※「健康診断 検査項目」は、組合ホームページでご確認できます。

・ 対象年齢は、年度末（3月31日）時点の年齢です。
35歳未満 被保険者…簡易健診・定期健診
35歳以上 被保険者・被扶養者…生活習慣病予防健診・人間ドック

【 次に該当する場合は立替払い組合補助対象外 】
・健診日に資格がない方
・年度内（4月から翌年3月まで）に2回目以降の健診を受診するとき
（異なる健診コースを複数受診した場合を含む）
・35歳以上の方で血液検査等未実施の方
・40歳以上の方で「特定健診質問票」の提出がない方
・40歳以上の方で特定健診の未実施項目がある方（特定健診検査項目は下記参照）

≪特定健診の検査項目≫

・質問票（服薬歴、喫煙歴等）

・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）

・診察

・血圧測定

・血液検査

脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）

血糖検査（空腹時血糖、またはHbA1c）

肝機能検査〔AST(GOT)、ALT(GPT)、γ -GTP)〕

・尿検査（尿糖、尿蛋白）

≪被保険者（35歳未満）の法定健診について≫

労働安全衛生規則第44条第2項による血糖・貧血検査、心電図等の省略は、個々の労働者ごとに医師が省略が可能であると認める場合のみとされています。

詳細は、都道府県労働局又は労働基準監督署まで直接お問合せください。

※簡易健診でなく定期健診をおすすめいたします。

2025.3