

Web登録できない方専用のFAX・郵送連絡票

契約医療機関へ電話で予約された後、必要事項を記入し下記送付先へFAXまたは郵送してください。

FAX送信先: **0172-31-3088**

10/1以降の予約及び受診は出来ません。

※ 1人1枚のご利用をお願いします。

○被保険者情報					
被保険者名	フリガナ			所属店舗名	
	氏名			保険者等 記号	保険者等 番号

○健診予約情報 <4/1~9/30までに受診してください。>					
受診日	2026年 月 日	医療機関 受付者名 ※任意		申込日 ※任意	2026年 月 日
医療機関名		性別	男 ・ 女	続柄	本人 ・ 配偶者 ・ その他
受診者	フリガナ				
	氏名	生年月日(西暦)	年 月 日		

○医療機関へ予約した内容を記入ください。

※受診対象年齢は『基準日・当該年度3月31日時点』での年齢です。

人間ドック 【40~74歳までの被保険者・被扶養者】

人間ドック	<input type="checkbox"/>	人間ドック胃X線コース	} どちらか 一方を選択してください。
	<input type="checkbox"/>	人間ドック胃内視鏡コース	
婦人科オプション検査 (女性のみ) ※ 人間ドックと一緒に受診ください。	<input type="checkbox"/>	乳がん検査(乳房超音波)	} どちらか 一方を選択してください。
	<input type="checkbox"/>	乳がん検査(マンモグラフィ)	
	<input type="checkbox"/>	子宮がん検査(医師採取のみ対象)	
オプション検査	<input type="checkbox"/>	骨密度検査	
	<input type="checkbox"/>	脳ドック ※ 受診対象年齢: 年度末時40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳	

配偶者健診 【30~39歳までの配偶者】

配偶者健診	<input type="checkbox"/>	定期健診	
婦人科オプション検査 (女性のみ) ※ 配偶者健診と一緒に受診ください。	<input type="checkbox"/>	乳がん検査(乳房超音波)	} どちらか 一方を選択してください。
	<input type="checkbox"/>	乳がん検査(マンモグラフィ)	
	<input type="checkbox"/>	子宮がん検査(医師採取のみ対象)	
オプション検査	<input type="checkbox"/>	骨密度検査	

○連絡先/受診承認書受け取り先					
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	〒			
	<input type="checkbox"/> 勤務先	(店舗名までご記入ください)			
※ 受診承認書の受取先住所をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 会社	<input type="checkbox"/> 携帯	-	-
※ 日中、医療機関からの連絡が可能な電話番号を記入ください。					

【個人情報について】

ご記入された個人情報は、個人情報保護法の定めに基づき、オオゼキ健康保険組合の保健事業および事業主とのコラボヘルス推進の目的以外には使用いたしません。この情報はオオゼキ健康保険組合や所属事業所、業務委託会社である㈱バリューHRおよび健診機関に提供されます。ご同意の上、お申ください。

【健診結果について】

健診結果は、健診機関より直接ご本人宛に送付される他、オオゼキ健康保険組合や所属事業所および業務委託会社である ㈱バリューHRに提供されます。ご同意の上、お申ください。(被扶養者の健診結果につきましては、所属事業所へ提供されることはありません。)

【お問合せ先】

株式会社バリューHR / 健診カスタマーサービス TEL : 0570-075-707 (平日 9:30-17:00 土日祝休)

(郵送の場合) 〒036-8186 青森県弘前市大字富田三丁目9-4

株式会社バリューHR 弘前オペレーションセンター カスタマーサービスグループ 宛

※ 右側太枠内を全てご記入ください