

**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**

**11/1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   |  | 保険証<br>記号 | 保険証<br>番号 |

○健診予約情報 <※4/1～10/31までに受診してください。>

|       |            |          |                     |            |           |
|-------|------------|----------|---------------------|------------|-----------|
| 受診日   | 2023 年 月 日 |          | 医療機関<br>受付者名<br>※任意 | 申込日<br>※任意 | 2023年 月 日 |
| 医療機関名 |            |          | 性別                  | 男 ・ 女      | 続柄        |
| 受診者   | フリガナ       |          | 性 別                 | 男 ・ 女      | 続 柄       |
|       | 氏名         |          |                     |            |           |
|       |            | 生年月日(西暦) | 19 年 月 日            |            |           |

○医療機関へ予約した内容を記入ください。

※年度末時の年齢が人間ドックは40歳以上、脳ドックは受診対象年齢に該当する方が対象です。

※子宮がん検査は医師採取のみ補助金の対象です。

| 健診項目   | <input checked="" type="checkbox"/> | 検査項目  | 補助額<br>(税込上限額) |
|--|-------------------------------------|---|----------------|
| 人間ドック(40歳以上)                                 | <input type="checkbox"/>            | 人間ドック胃X線コース                                   | 37,500 円       |
|  | <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<br>(人間ドックと一緒に受診してください。)<br>(女性のみ) | <input type="checkbox"/>            | 乳がん検査(乳腺超音波) + 子宮がん検査                         | 11,000 円       |
|  | <input type="checkbox"/>            | 乳がん検査(マンモグラフィ) + 子宮がん検査                       |                |
| オプション検査<br>(人間ドックと一緒に受診してください。)              | <input type="checkbox"/>            | 骨密度検査   | 2,200 円        |
|  | <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 | 15,000 円       |

○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<br>ご記入下さい)           |                             |
| ※ 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。 |                              |                             |                             |

○特定健康診査・特定保健指導のための「階層化質問表」

※ 必ず全項目にご回答下さい。未記入の場合、確認のお問合せを致します。

|  |      |       |
|--|------|-------|
| 1. 血圧を下げる薬を飲んでいませんか？   | 1.はい | 2.いいえ |
| 2. インスリン注射又は、血糖を下げる薬を飲んでいませんか？   | 1.はい | 2.いいえ |
| 3. コレステロールを下げる薬を飲んでいませんか？  | 1.はい | 2.いいえ |
| 4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？<br>※「現在習慣的に喫煙している者」の定義は、「合計100本以上、又は6ヶ月以上喫煙している者」のうち、現在(この1か月間)「毎日吸う」又は「ときどき吸っている」者である。 | 1.はい | 2.いいえ |

【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および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、お申込ください。

【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。ご同意の上お申込ください。

【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 9:30-18:00 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

人間ドック用

※健診の対象年齢は「基準日・当該年度3月31日現在における年齢」です。

※右側太枠内を全て記入下さい