FAX　：　06－6305－0140
メール：　yoyaku@healthnet.or.jp

公文健康保険組合／家族健診（日本健康文化振興会）

※メール送信の場合は、件名を「公文予約」とし、申込書を添付ファイルで送信してください。
※日本健康文化振興会より着確認の連絡はおこなっておりません。
着確認が必要な方は日本健康文化振興会へご連絡ください。TEL：06-6305-0130

申込締切日：2025年 6月30日まで
受 診 期 間：2025年 9月30日まで

一般財団法人　日本健康文化振興会　関西事務所　御中

申込日　2025年　　月　　日

2025年度　家族健診申込書

受診するものいずれかに〇

人間ドック		生活習慣病A健診		生活習慣病B健診	
63427402		63427302		63427312	

■受　診　者　情　報

被保険者等　記号・番号	記号（3桁）	1			番号（6桁）						

氏　　名	フリガナ	性別	1. 男 2. 女	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
住　　所 マンション名 部屋番号も記入	〒　　－				
電　　話	（固定）　－　－ （携帯）　－　－	FAX			－　－

■医　療　機　関　情　報（医療機関名簿より選択して記載）

希　望 医療機関	コード NO.	医療機関 名　称	

●医療機関に連絡のうえ予約が完了している場合（ご自分で予約をされた方は記入してください）

受診日（予約済）	受診日時	年　月　日（　） 予約時間 午前・午後（　：　）	予約受付 担当者名	

●予約を「日本健康文化振興会」に依頼する場合（受診希望日の3～4週間前までにお申し込みください）

受診希望日	第1希望日	年　月　日（　）	第3希望日	年　月　日（　）
	第2希望日	年　月　日（　）	被保険者（配偶者等）と同日受診希望（〇をつけ名前記入）	有 無	（名前）

健診内容

人間ドック	生活習慣病A健診	生活習慣病B健診
基本健診費自己負担￥10,000	基本健診費自己負担￥5,000	基本健診費自己負担￥0
	胸部X線・聴力検査・眼底検査　を含む	眼底検査　を含む

健康保険組合が負担する「オプション検査」の受診が可能です
＊希望の項目について□の中に〇をつけてください

●　胃部検査内容　（必ずどちらか選択してください）		希望
バリウム（胃部X線検査）	いずれか	
胃カメラ（内視鏡検査）		

胃カメラの予約は早めにお申し込みください
胃カメラ検査中に生体検査をおこなう場合は、自己負担が発生します

●　婦人科検査（自己負担金なし）　（必ずいずれか選択してください）		希望
①　子宮癌のみ	いずれかひとつに〇	
②　乳癌のみ（視触診＋超音波）		
③　乳癌のみ（視触診＋マンモグラフイー）		
④　子宮癌＋乳癌（視触診＋超音波）		
⑤　子宮癌＋乳癌（視触診＋マンモグラフイー）		

乳癌検査について　医療機関によっては、視触診がおこなわれない場合があります

●　男性前立腺腫瘍マーカー　PSA　（:検査希望の場合　希望に〇）	希望
PSA	

電話予約の場合は、「生活習慣病健診セット」に、「眼底検査」を追加する旨を伝えてください。

基本健診の内容は、「特定健診」で指定されている検査が主となっており、胃部検査、胸部レントゲン検査、聴力検査は含まれていません。
また、**「婦人科検査」や他のオプション検査を受けることはできません。**
胃部検査等を希望される方は、「人間ドック」もしくは「生活習慣病健診A健診」をご選択ください。

◇健診受診対象者は、2025年12月31日時点で満35歳以上(1990年12月31日までに生まれた方)の健康保険上の被扶養者（扶養家族）で、申請日・受診日両方において、被扶養者の認定を受けている方です。資格を喪失した後に受診した場合は、被保険者宛に健診費用をご請求いたします。予めご了承ください。

＜記入にあたってのご注意＞
※　記入漏れのないよう正確に（特に、住所・氏名・電話番号・希望医療機関名）ご記入願います。電話（固定と携帯）・FAX番号については、昼間連絡が可能な番号をご記入ください。この申込書送付後に変更があった場合は、電話でご連絡ください（日本健康文化振興会　関西事務所　06-6305-0130）。
※　直接予約可能な医療機関で予約を済まされた方は、受診日予約済欄に所定事項をご記入ください。

＜個人情報の取り扱いについて＞
この申込書に記載された個人情報については、健診の申込内容の確認・ご希望医療機関への申込・費用精算のために限り使用し、受診ご希望の医療機関および公文健康保険組合に限り提供いたします。
一般財団法人　日本健康文化振興会　個人情報保護管理者　金子康則
連絡先電話番号　03－3316－1111

日本健康文化振興会	
全国健診部	関西事務所

受　付　日 受　付　印