

【申込書送付先】（業務委託先機関：株式会社バリューHR）

FAX：0172-31-3088

郵送先：〒036-8186 青森県弘前市大字富田3丁目9-4

株式会社バリューHR 弘前カスタマーサポートセンター宛

*第二期（被扶養者）の方のみ
こちらの用紙をご利用ください。

稲畑産業健康保険組合 健診予約申込書

ーお申込みについてー

本申込書へ必要事項をご記入の上、上記【申込書送付先】へFAXまたは郵送してください。

※太枠内をすべてご記入ください

◆被保険者情報					
被保険者名	フリガナ			保 険 証 記 号 ・ 番 号	
	氏 名		記 号	番 号	

◆健診申込者情報 ※受診者（被扶養者）情報をご記入ください。			
受診者	フリガナ		性別
	氏 名		生年月日
			西暦 年 月 日（歳） ※2026年3月31日時点の年齢をご記入ください。

◆健診予約情報 ※希望する健診機関名をご記入ください。				◆受診希望日「本紙送付日より1か月後以降」	
健診機関名				第1希望	月 日（ ）
				第2希望	月 日（ ）
海外帰国者	国		帰国日	第3希望	月 日（ ）

希望するコース・オプション検査に☑してください。健保補助超過分は自己負担（窓口精算）となります。

◆基本コース		対象年齢	健保補助額	受診者負担額
☐	人間ドック（胃X線）	35-74 歳	被保険者 50,000 円まで	健保補助超過分
☐	生活習慣病予防健診（けんぽ健診）胃X線		被扶養者 40,000 円まで	一律 10,000 円+健保補助超過分
☐	特定健診	40-74 歳	全額	—

◆オプション検査				対象	健保補助額上限	備考
☐	胃部X線から胃内視鏡への変更差額			人間ドックまたは生活習慣病予防健診の方	5,500 円	健保補助超過分は自己負担（窓口精算）
	☐	経口	☐			
☐	子宮頸部細胞診			女性のみ	5,500 円	2025年度（奇数年度）は、マンモグラフィーと乳房超音波の両方を補助します。 *補助超過分は自己負担となります。
☐	乳房超音波				5,500 円	
☐	マンモグラフィー・乳房超音波				11,000 円	

◆連絡先・書類・検査キット受取先			
検査キット受取先住所	〒 -		
受診承認書の受取方法	FAX		上記の住所へ郵送いたします。
国内連絡先 *電話番号は必須	TEL	(自宅・携帯・その他)	
	E-mail		
	※健診機関より連絡が入る場合がございます。日中連絡のとれる番号をご記入ください。		

【個人情報について】 ご記入された個人情報は、個人情報保護法のもと稲畑産業健康保険組合の保健事業および健康支援事業の目的に使用されます。この情報は稲畑産業健康保険組合および業務委託会社である株式会社バリューHR、健診機関に提供されます。

ご同意の上、お申込みください。

【健診結果について】 健診結果は、疾病予防対策として、稲畑産業健康保険組合および業務委託会社である株式会社バリューHRに適正に共有されます。ご同意の上、お申込みください。

【問合せ先】 株式会社バリューHRカスタマーサービス

TEL : 0570-075-702

(平日 9:30-18:00)

MAIL : kensin-inabata@apap.jp