

特定健康診査 申込書

健保使用欄

登録		発券	
----	--	----	--

オリエンテーション健康保険組合 行

FAX 03-5877-5829

申込日 年 月 日

保険証記号・番号		—		被保険者名		勤務先	
利用者	氏名	フリガナ		生年月日	昭和	年	月 日 歳
	住所	フリガナ 〒					
	電話	()					

私は、医療機関が健康保険組合に健診結果を提出することに同意の上で、下記の医療機関に健診の受診を申し込みます。

受診コース		健保連 特定健診 ※この用紙は、「健康保険組合連合会(健保連)の特定健診」の受診申込用です。		受診予定日	令和	年	月 日
医療機関	名称						
	所在地						

40歳以上75歳未満の全国民のメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健診です。内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病の予防を図ることを目的としています。

- ① ご希望の医療機関を探しましょう
ホームページからご確認ください。



スマホからでも
検索できます

(健康保険組合連合会の
特定健診実施施設検索システム)より検索



特定健診 受診医療機関一覧

特定健診の受診医療機関につきましては、健康保険組合連合会の検索システムをご利用ください。

※ご利用の際は、健康保険組合のホームページから入力が必要です。下記の内容をご確認ください。

健康保険組合連合会 特定健診等実施施設検索システム
<http://hoken.kenporen.or.jp/InternetKensinSearch/Entry.aspx>

- ② 「特定健康診査 申込書」に
必要事項を記入し、健保へ送る
(FAX・郵送・社内便)

- ④ 予約



「集合契約」で
特定健診の予約
をしたいのです
が

- ⑤ 受診



受診券と保険証の提示

図1

■基本健診項目

一般診療		医師診察・問診
身体測定		身長・体重・BMI・腹囲
尿検査		糖 蛋白
生理機能		血圧
血液検査	肝機能検査	AST〔GOT〕
		ALT〔GPT〕
	脂質検査	γ-GTP
		HDLコレステロール
LDLコレステロール		
		中性脂肪
糖代謝		空腹時血糖 または HbA1c

※医師の判断による追加項目

貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量および赤血球数の測定
心電図検査	12誘導心電図
眼底検査	
血清クレアチニン検査	

図2

特定健康診査受診券 交付

受診券整理番号

受診者の氏名
性別 生年

有効期限

健診内容 ・ 特定健康診査

窓口での自己負担 (特定健診(基本部分) 特定健診(選択部分))

保険者所在地 東京都千代田区豊町二丁目二番地一
 保険者電話番号 03-5877-5831
 保険者番号・名称 オリエンテーション健康保険組合
 06137772

契約取りまとの機関名 健保連集合A/集合B
 支払代行機関番号 94899010
 支払代行機関名 社会保険診療報酬支払基金

印

* 下記申込要領は健保連の「特定健診」の場合です。ウェルネス・コミュニケーションズ㈱の「特定健診」の申込はできません。

※「総合健診」「主婦健診」「巡回レディース健診」「特定健診」の重複受診はできませんのでご注意ください。

受診対象者	40歳以上75歳未満の被扶養者(家族)
自己負担額	無料 ※図1の基本健診項目以外の検査を受けた場合、その検査料金は自己負担になります
利用方法	① 希望の医療機関を探す
	② 「特定健康診査 申込書」に必要事項を記入し、健保組合宛てにお送りください(FAX・郵送・社内便)
	③ 健保組合から「特定健康診査受診券」を発行します
	④ 受診券がお手元に届いたら、各自で医療機関へ連絡をとり、予約をしてください
	⑤ 受診当日は、「特定健康診査受診券」と「保険証」を医療機関窓口にて提示してください

※健診結果表と生活習慣調査票は健康保険組合の事業運営に使用し、第三者には提供いたしません。