

《事業所名称》

《住所2》

2026年3月

《被扶養者氏名》 様

被保険者：《被保険者氏名》 様（《記号》-《被保険者番号》）

「配偶者健康診断申込書」在中

日本情報機器健康保険組合

## 配偶者健診のご案内

今年も当組合に加入される35歳以上（2027年3月31日時点）の配偶者の方を対象（健診日において被扶養者の方が対象）に**健診費用無料**にて実施いたします。

定期的を受診することにより、現在の身体の状態をチェックしていただき、日ごろの生活習慣の見直しや、更に元気になる健康習慣を築くための目安として、また、疾病の早期発見や早期治療に役立てるための機会として、ご活用下さい。

当組合の「配偶者健診」は、がん予防のための検査項目を盛り込んだ総合健診として実施しておりますが、40歳以上の方については、「特定健康診査・特定保健指導」も兼ねております。

厚生労働省は、「特定健康診査・特定保健指導」の受診率に応じて、健康保険組合が負担させられている高齢者医療制度への拠出金の大幅な加減算を実施するとしています。場合によっては、健康保険料の引き上げを余儀なくされる場合も考えられます。つきましては、皆様にはより一層積極的な健診受診にご協力いただきますようお願いいたします。

### 記

1. 実施期間： 2026年4月1日(水)～10月31日(土)※日曜祝日及び土曜日は要確認
2. 健診機関： 当健康保険組合が委託した健診機関（パンフレットを参照してください）
3. 電話予約： 本状到着から9月30日（水）までに、健診受診日を健診機関に予約（本状・申込書およびパンフレットをご用意ください）  
※オプション検査を希望される場合は、健診機関に直接申し出てください。
4. 申込期限： 健診予約日1週間前までに、健診受診日を予約のうえ、申込書を返信用封筒で健康保険組合へ提出してください（最終提出期限は9月30日）。
5. その他： ○配偶者健診の費用は、健康保険組合が全額負担いたします。  
ただし、健診機関が独自に用意している**有料オプション検査を希望実施された場合の費用は、受診者の自己負担となりますのでご注意ください。**追加希望の方は、健診機関に直接申し込んでください。  
※人間ドックへの変更 ⇒ **配偶者健診との差額を受診当日に健診機関の窓口でお支払い下さい。**  
○申込者には、後日問診票・受診用キット等が健診機関より送付されます。  
○健診結果で二次検査（要精検・再検）の指示があった場合は、直接健診機関に受診の予約をし、二次検査を受けてください。

○当組合で委託している特定保健指導の実施事業所から特定保健指導の受診指示があった場合は、必ず受診してください。

裏面に続きます

6. 個人情報： 健診の実施にあたり、健診機関と健保組合との間で健診結果情報等の共同利用を行いますので、健診の受診申込みに際しては、特段明確な反対・留保の意思表示がないものについては「黙示的な同意」が得られたものとして取り扱わせていただきます。

・ なお、同意されない場合は当組合までお申し出ください。

7. 健診に関する連絡、変更、問い合わせ：

①申込書に関すること ⇒ 日本情報機器健康保険組合 TEL03-3264-7595

②健診に関する変更等 ⇒ ご本人様より直接、健診機関あてに連絡願います。

8. 受診の際の注意事項：

①適正な健診結果を得るために、健診機関からの指示や注意事項は、必ず守って下さい。

②胸部X線・胃部X線・マンモグラフィーはX線被曝量の問題があることから、健診実施日に妊娠していないことが受診の条件になります。なお、受診を希望されない場合は、電話予約時にその旨を健診機関に申し出て下さい。

③マンモグラフィーは、年齢及び体形によっては不向きな場合がありますため、申し込み時にマンモグラフィーと超音波検査のどちらかを選択いただくようになっております。選択いただく目安としては、一般的には40歳未満の方は乳腺の発達の関係上、超音波検査が適切かと思われま。

但し、個人差がありますので恐れ入りますが適宜ご判断いただきますようお願いいたします。

9. 検査項目：

|      |        |  |        |                                |
|------|--------|--|--------|--------------------------------|
| 血液検査 | 生化学的検査 | 肝機能検査<br>GOT・GPT・γ-GTP・LDH・TP・ALP・総ビリルビン | 眼科系検査  | 視力                             |
|      | 腎機能検査  | CRE・BUN・UA                               | 聴力検査   | 1000Hz・4000Hzの測定               |
|      | 脂質検査   | T-CHO・TG・HDL-C・LDL-C                     | 心電図検査  | 安静時                            |
|      | 膵機能検査  | 空腹時血糖検査・HbA1c                            | 血圧検査   | 臥位                             |
|      | 形態学的検査 | 赤血球数・白血球数・Hb・Ht                          | 身体計測   | 身長・体重・腹囲                       |
|      | 感染症検査  | HBs抗原・RAテスト・HCV抗体                        | 大腸癌検査  | 便潜血2回法                         |
|      | 尿検査    | 蛋白・糖・潜血                                  | 婦人科系検査 | 乳房検査（マンモグラフィー又は超音波）・子宮癌検査（細胞診） |
|      | X線検査   | 胸部直接撮影<br>胃部・十二指腸直接又は間接撮影                | 医師面接   | 問診・総合判定・生活指導                   |

※上記、項目以外の検査を希望された場合、自己負担となりますのでご了承下さい。

以上

※お問い合わせ  
日本情報機器健康保険組合  
〒102-0072 東京都千代田区飯田橋4-8-13  
TEL 03-3264-7595 担当：阿川・八塚

健康保険組合ホームページをご活用ください

日本情報機器健康保険組合

検索

※ログインパスワード 06136972

健康保険組合



2026.3 事業所経由仕様

### 配偶者健診申込書

申込期限：健診予約日1週間前までに、電話予約のうえ申込書を健康保険組合へ提出してください（最終提出期限は9月30日）。

日本情報機器健康保険組合 行

|                                 |                                   |     |              |  |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----|--------------|--|
| 健康保険記号番号                        | 《記号》                              |     | 《被保険者番号》     |  |
| 受診者氏名                           | (フリガナ)                            | 電 話 | (日中連絡の取れる番号) |  |
| 住 所                             | 〒                                 |     |              |  |
| 受診健診機関 (予約した健診施設の番号に○印をつけて下さい。) |                                   |     |              |  |
| 1. 東京都予防医学協会 (保健会館)             | 1 3. ヘルチェック ファーストプレイス横浜           |     |              |  |
| 2. サン虎の門クリニック                   | 1 4. ヘルチェック 横浜西口センター              |     |              |  |
| 3. 新赤坂クリニック 青山                  | 1 5. ヘルチェック レディース横浜               |     |              |  |
| 4. 新赤坂クリニック 銀座                  | 1 6. ヘルチェック 川崎センター                |     |              |  |
| 5. 新赤坂クリニック 横浜                  | 1 7. ヘルチェック 大宮センター                |     |              |  |
| 6. ヘルチェック 新宿西口センター              | 1 8. 関西医科大学 天満橋総合クリニック            |     |              |  |
| 7. ヘルチェック レディース新宿               | 1 9. 全日本労働福祉協会 東海診療所              |     |              |  |
| 8. ヘルチェック 池袋センター                | 2 0. ふくおか公衆衛生推進機構<br>ガーデンシティ健康プラザ |     |              |  |
| 9. ヘルチェック 日本橋センター               | 2 1. 宮城県予防医学協会健診センター              |     |              |  |
| 1 0. ヘルチェック 渋谷アクシュ              | 2 2. 札幌フジクリニック                    |     |              |  |
| 1 1. ヘルチェック 横濱ゲートタワー            | 2 3. 日本健康文化振興会<br>予約健診機関名<br>[ ]  |     |              |  |
| 1 2. ヘルチェック 横浜東口センター            |                                   |     |              |  |
| 健診予約日                           | 2026年 月 日 ( )                     |     |              |  |
| 乳がん検査 (女性のみ希望に○印)               | マンモグラフィー ・ 超音波検査                  |     |              |  |

|     |  |
|-----|--|
| 備 考 |  |
|-----|--|

※受診希望日を健診機関に電話予約して、健診予約日を記入してください。

※備考欄にはオプションを追加した場合などについて記入してください。

※個人情報について

健診の実施にあたり、健診機関と健保組合との間で健診結果情報等の共同利用を行いますので、健診の受診申込みに際しては、特段明確な反対・留保の意思表示がないものについては「黙示的な同意」が得られたものとして取り扱わせていただきます。

なお、同意されない場合は当組合までお申し出ください。

2026年 月 日

受診申込者名

※必ず自署してください

2026.3 事業所経由仕様

