２０２６年３月

事業所名

被保険者名　様

（記号－番号）

「健康診断申込書」在中

日本情報機器健康保険組合

生活習慣病健診のご案内

今年も３０歳～４４歳（２０２７年３月３１日時点）の方を対象（健診日において被保険者の方が対象）に、健診費用無料にて実施いたします。

定期的に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「生活習慣病健診」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。

この健診は労働安全衛生法の法定健診を兼ねていますので、必ず受診してください。

記

１．実施期間：　２０２６年４月１日(火)～１０月３１日(金)
※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（同封の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（火）までに、健診受診日を健診機関に予約（早めの予約をおすすめします　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、会社の健診担当者経由で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）。

５．そ の 他：○生活習慣病健診の基本費用は、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**胃カメラ等の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下さい。**追加希望の方は、健診機関に直接申込んでください。

○乳がん検査につきましては、マンモグラフィーか超音波検査のどちらかを選択して下さい。

○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、直接医療機関等に受診予約のうえ検査を受けてください。

裏面に続きます

○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。

6．個人情報：　健診の実施にあたり、事業所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　℡03-3264-7595
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．基本的な検査項目（検査項目は施設により若干異なります）

問診・診察	身体測定・血圧	視力検査	聴力検査
血液検査	尿検査	心電図	胸部Ｘ線
大腸便潜血検査		胃部Ｘ線	

オプション検査項目　※３５歳以上の女性のみ

検査項目	自己負担額	備考
子宮頚部細胞健診	無料	
乳房マンモグラフィー	無料	どちらかひとつ
乳房エコー	無料	※視触診を実施する場合あり

※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。

検査項目	自己負担額	備考
胃部Ｘ線 → 胃カメラへの変更	変更差額	金額は施設により異なります

健診の申し込み方法

Step１
健診受診日を決める

Step２
健診機関に受診日を予約する

Step３
健保組合に申込書を提出する

※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
℡ 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

生活習慣病健診申込書

申込期限：健診予約日１週間前までに、会社の担当者経由で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		氏名（ふりがな）	電話（日中連絡の取れる番号）	会社名・勤務地
記号	番号	（　　）		勤務地（　　）

受診医療機関（予約した医療機関に〇印）	
１．東京都予防医学協会（保健会館）	１３．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	１４．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	１５．ヘルチェック　レディース横浜
４．新赤坂クリニック　銀座	１６．ヘルチェック　川崎センター
５．新赤坂クリニック　横浜	１７．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	１８．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	１９．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	２０．ふくおか公衆衛生推進機構 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	２１．宮城県予防医学協会健診センター
１０．ヘルチェック　渋谷アクシュ	２２．札幌フジクリニック
１１．ヘルチェック　横濱ゲートタワー	２３．日本健康文化振興協会 予約健診機関名 〔　　〕
１２．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 (35 歳以上の女性のみ希望に〇印)	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。
※備考欄には胃カメラ等の有料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、事業所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