

「オプション健診」・「対象年令外生活習慣病健診」受診届及び同意書

オプション健診の検査結果は、本人と健保組合へ通知されます。(オプション健診は事業主への通知なし。)
健康保険組合は、保健事業を推進する為の健康管理目的以外の使用は行いません。
以上のことを理解・同意し、届出します。

* 「オプション健診・対象年令外生活習慣病健診受診届及び同意書」は支店で保管願います。
(健保へ送付する必要はありません)「要事業所保管」

部課名		社員番号	
		氏名	

生年月日 年 令	(西暦) 年 月 日 本年度期末(2026.3.31)現在 (才)	希望欄	検査項目	対象年令	個人負担	
受診希望項目	オプション健診		腫瘍マーカー(PSA 男子のみ)	50才以上の希望者	なし	
			肝炎ウイルス	希望者全員	1,000円	
			頸動脈エコー	45才以上の希望者	1,000円	
			胃ABC	全員	全額自己負担	
			眼底検査	40才以上の希望者	全額自己負担	
	対象年令外生活習慣病健診			胃部X線撮影	30～34才の希望者	1,000円
				胃ヘプシノーゲン	30～34才の希望者	1,000円
				大腸がん検査	30～34才の希望者	1,000円
				腹部超音波(肝、胆、膵、脾、腎)	35～49才の希望者	1,000円
				乳房超音波(女子のみ)	35才未満の希望者	1,000円
				腫瘍マーカー(PSA 男子のみ)	35～49才の希望者	1,000円
胃検査の変更	* 35才以上の被保険者は原則胃部X線を実施しますが、胃ヘプシノーゲン検査(個人負担0円)に変更可能 両方の希望者は胃ヘプシノーゲン検査を個人負担とする (変更希望の方のみ右に○記入)		胃ヘプシノーゲンに変更	35才以上で胃部X線該当	0円	
			胃部X線・胃ヘプシノーゲン両方希望	35才以上で胃部X線に該当	胃ヘプシノーゲン検査 全額自己負担	

- * 上記は大和ハウス工業健康保険組合加入者の金額です。
- * 検査希望者は、記名・捺印の上、希望欄に○をお願いします。
中が見えないように封筒に入れる等して担当者までお渡しく下さい。
- * 対象年令は、2026年3月31日現在が基準日となります。
- * 検査の個人負担額は、健診当日、受付にて健診機関へ直接お支払い下さい。

「腹部・乳房超音波」検査オプション「希望無」欄

* 50才以上の方は「腹部超音波」、35才以上の方を「乳房超音波」は標準実施項目としております。

50才以上の方及び35歳以上の方で受診を希望されない方は下にチェックを入れてください。

「腹部超音波」 「乳房超音波」 検査は受診しない。