SWCC健康保険組合所定用紙（令和8年4月1日受診分より適用）

【所定用紙作成日】令和7年10月31日

提出先	SWCC健康保険組合（川崎本社）	担当 電話	戸田・山本 044-223-0570	ご不明点等は担当まで お問い合わせください

（特定・任意）人間ドック・婦人科健診　共通申込書

①被保険者に関する情報

提出日		被保険者氏名			被保険者所属先
記号 *	99		姓	名	任意継続被保険者
番号 *		フリガナ			
*資格情報のお知らせや資格確認書に記載されている記号・番号（＝従来の保険証に記載されていた記号・番号）		漢字			

②受診者に関する情報

受診者氏名			被保険者との続柄		性別		生年月日					
姓		名										
フリガナ			本人	☐	男	☐	昭 ☐ 平 ☐	年	月	日		
漢字			配偶者	☐	女	☐	年齢			歳		
住所	郵便番号	-		日中連絡可能な電話番号		-		-				
	*都道府県から記入											

③予約した健診機関・健診内容に関する情報

受診日（予約確定日）		注意	申込書を提出した後に受診日（予約確定日）を**変更**した場合は、**必ず健保組合まで**ご一報ください！ 請求書到着後の照合作業に必要な重要な情報です！

健診機関			健診機関名	電話番号	窓口支払	
	契約	☐			自己負担3割	☐
					自己負担10割（立替精算）	☐
	契約外	☐	健診機関名	電話番号	窓口支払	自己負担10割（立替精算）

健診内容	人間ドック（特定・任意別に対象者設定あり）	婦人科健診（女性の被保険者・被扶養配偶者※年齢制限なし）	オプション検査（希望者のみ）
	☐ 任意人間ドック 当該年度において40歳以上の被保険者・被扶養配偶者	☐ 乳がん検診（触診） ☐ 乳がん検診（エコー） ☐ 乳がん検診（マンモグラフィ） ☐ 子宮がん検診（頸部細胞診）	☐ バリウム→カメラ変更差額分 ☐ 口 ☐ 鼻 ☐ その他任意の検査
	☐ **特定人間ドック** **当該年度に45・50・55歳到達被保険者限定**	選択	**健保組合補助外のため全額自己負担です**

健保組合記入欄　（こちらには何も記入しないでください）

健保組合受付印	健診機関支払処理日	立替精算処理日	特記事項