

提出先 SWCC健康保険組合 (川崎本所) 電話 044-830-0170
 ご不明点等は担当までお問い合わせください

記入例

(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	令和8年4月1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*	1234	フリガナ	ハナコ	
		漢字	昭和 花子	

*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)

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	本人	<input checked="" type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	昭	<input checked="" type="checkbox"/>
フリガナ	ハナコ					平	<input type="checkbox"/>
漢字	昭和 花子	配偶者	<input type="checkbox"/>	女	<input checked="" type="checkbox"/>	年齢	61 歳
郵便番号	210 - 808	日中連絡可能な電話番号	080 - 1234 - 5678	住所			
*都道府県から記入 神奈川県川崎市川崎区昭和町1-2-3昭和ハイツ401							

③予約した健診機関・健診内容に関する情報

受診(予約確定日)	令和8年7月1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	契約 <input checked="" type="checkbox"/>	健診機関名	電話番号	窓口支払	自己負担3割 <input checked="" type="checkbox"/>	自己負担10割(立替精算) <input type="checkbox"/>	
		アルファメディッククリニック	044-511-6116				
	契約外 <input type="checkbox"/>	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)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(触診)	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診(エコー)	<input checked="" type="checkbox"/> バリウム→カメラ変更差額分	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 鼻		
	<input type="checkbox"/> 特定人間ドック 当該年度に45・50・55歳到達被保険者限定	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ)	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ)	<input type="checkbox"/> その他任意の検査	<input type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん検診(頸部細胞診)				健保組合補助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

受診手引き もあわせてお読みください

年齢 (受診日時点の年齢を記入)

- ◎特定人間ドックの場合 (当該年度45歳・50歳・55歳到達被保険者限定)
 - ・対象年齢にご注意ください。
- ◎任意人間ドックの場合 (当該年度40歳以上の被保険者・被扶養配偶者)
 - ・対象年齢にご注意ください。
 - ・年齢が40歳以上でも、被扶養配偶者以外の配偶者は対象外です。(健康保険の扶養に入っていない配偶者×)
- ◎婦人科健診の場合 (年齢制限なし)
 - ・40歳未満で人間ドックは受診不可でも、婦人科健診は受診可能です。

健診機関

- ◎契約健診機関
 - ・健診機関名・電話番号→『契約健診機関リスト』でご確認ください。
 - ・窓口支払の自己負担割合→『契約健診機関リスト』でご確認ください。
- ◎契約外健診機関
 - ・健診機関名および電話番号→『契約健診機関リストに』記載している健診機関ではない健診機関で受診する場合は、その健診機関名と電話番号を記入してください。
 - ・窓口支払の自己負担割合→必ず自己負担10割(立替精算)です。
- ◎自己負担10割(立替精算)
 - ・精算手続きをする場合は、申込書に領収証(原本)と健診結果(コピー)を必ず添付してください。

健診内容

- ・申込内容を漏れなく記入してください。
- ・乳がん検診のエコー・マンモグラフィ両方の補助は受けられません。両方受診する場合は、高い方が全額自己負担です。
- ・健保組合が補助対象として認めていない検査は全額自己負担です。