

# 2026年度 東京ドーム健康保険組合 健康診断申込書

送付日 年 月 日

**FAX 03-5273-8208**

TEL 03-5273-8204

一般財団法人 日本健康管理協会 高地(こうち) 宛

〒160-0021 東京都新宿区歌舞伎町2-3-18

\*健診予約後下記ご記入の上、受診日の3週間前迄に、上記へFAX又は郵送にて必ずお送り下さい。

※受診期限 2026年5月1日 ~ 12月31日 (医療機関により若干早まる場合あり)

※申込書締切 2026年11月30日

※対象年齢 人間ドック : 30歳以上 (被保険者・被扶養者)  
 婦人健診 : 30歳以上 (被保険者・被扶養者) ※被扶養者が配偶者の場合年齢制限無し  
 家族健診 : 39歳~74歳以下(被扶養者)  
 脳ドック : 30歳以上 (人間ドック又は婦人健診と併用可能。家族健診との併用不可)

## 1. 受診者本人確認内容 (すべて記入してください)

注) 字は丁寧にはつきりとお書き下さい

被 保 険 者	フリガナ				
	氏 名				
	保 険 証	記号		番号	
受 診 者	フリガナ				性 別
	氏 名				男・女
	生年月日	年	月	日生	歳 続柄 本人・妻・家族
	住 所	〒			
	電話連絡先	会社・自宅・携帯			
	FAX連絡先	会社・自宅			

## 2. 受診内容 (健診種類・医療機関と受診日を記入して下さい)

受診する健診種類 (○をしてください)  ※胃検査の種類をご選択下さい  ※乳房検査をご受診の方は 受診予定項目へ○をお願い致します	1. 人間ドック 胃部検査 胃部受診項目に○をして下さい (胃X線・胃カメラ) ※胃カメラへの変更は受診者負担  女性の方 乳がん受診項目に○をして下さい (超音波・マンモグラフィ) ※どちらか一項目のみ健保負担		
	2. 婦人健診 胃部検査 胃部受診項目に○をして下さい (胃X線・胃カメラ) ※胃カメラへの変更は受診者負担  女性の方 乳がん受診項目に○をして下さい (超音波・マンモグラフィ) ※どちらか一項目のみ健保負担		
	3. 脳ドック		
	4. 家族健診		
受診医療機関名		健診受診日	

健康診断受診日の10日前迄には健康診断受診票をお送り致します。受診票の問診項目を必ずご記入し健診当日に医療機関の窓口へお出し下さい。送付のない場合は、申し訳ございませんが電話にてご確認下さい。  
 (なお別途、受診医療機関から書類が送られてくる場合がありますが、そちらもご記入をお願い致します)