

令和7年2月20日

健康診断担当者 各位

東京都台東区東上野 2-25-8
東京都健康保険組合

「令和7年度各種健康診断のご案内」等の送付について

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素から、当健康保険組合の健康管理事業にご理解ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、第181回組合会において、令和7年度健康管理事業について承認されましたので、別紙「令和7年度各種健康診断のご案内」等を送付いたします。今後もより良い健診体制を確立し、きめ細かいサービスの提供を目指して各種健診事業を積極的に実施してまいりますのでよろしくお願い申し上げます。

(注意事項)

健保組合の事業として受けることができる健診は、健保組合での受診、他医療機関での受診(補助金申請)等を含めて年度内1回限りとなっております。健康診断(A・B)、人間ドックのうちいずれかを選択のうえ受診してください(先に受診された健診が優先されます)。

※当組合のホームページからもご覧いただけます。



【問い合わせ先】 健康管理センター 電話 03-3833-5192

令和7年度 健康診断事業についてのお知らせ

1. 人間ドックの検査項目からCKを廃止します。
2. PSA（前立腺腫瘍マーカー）のオプション料金を改定します。

改 定 前	改 定 後
1,670円（税込）	2,200円（税込）

3. 人間ドック（基本コースのみ）及び定期健康診断のWeb予約受付を開始します。
詳細は、後日HPにてご案内させていただきます。
4. 上野健康管理センターのマンモグラフィー（オプション検査）実施日を変更します。

変 更 前	変 更 後
月・水曜日 午後 （休診日除く）	月～金曜日 午後 （休診日除く）

※ 月・木・金・・・男性医師
火・水曜日・・・女性医師

事業主の皆様へ

定期健康診断結果の提供のお願い

当健保組合では、組合員の健康の保持・増進のため事業所で実施されている定期健康診断（労働安全衛生法に基づく事業者健診）の結果の提供をお願いしております。

これをご提供いただくことにより組合員の健康状態を把握し、生活習慣病の発症リスクが高い方等に、特定保健指導を実施いたしております。

生活習慣病の発症や重症化予防のためにも定期健康診断結果のご提供につきましてご理解とご協力をお願いいたします。

【健診結果を提供するメリットは？】

特定保健指導を受けることにより生活習慣病の改善・予防につながり医療費の増加を抑制することができます。

また、後期高齢者支援金（国への拠出金）の金額を抑えることができ、健康保険料の上昇を抑制することにもつながります。

【個人情報である健診結果を提供して問題ありませんか？】

事業主様が健保組合に対して健診結果を提供することは「高齢者の医療の確保に関する法律」（下記参照）に規定されていますので、責任を問われることはありません。

また、ご提供いただいた健診結果は、個人情報保護法や当健保組合の個人情報保護規程に基づき適切な管理をいたします。

【高齢者の医療の確保に関する法律〔昭和57年法律第80号〕より抜粋
第27条

3 保険者は、加入者を使用している事業者等又は使用していた事業者等に対し、厚生労働省令で定めるところにより、労働安全衛生法その他の法令に基づき当該事業者等が保存している当該加入者に係る健康診断に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。

4 前三項の規定により、特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録又は健康診断に関する記録の写しの提供を求められた他の保険者又は事業者等は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならない。

※保険者とは、健康保険組合などの健康保険の運営主体のことです

事業主の皆様へ

40 歳未満の定期健康診断結果の提供のお願い

当健保組合では、組合員の健康の保持・増進のため事業所で実施されている定期健康診断（労働安全衛生法に基づく事業者健診）の結果の提供をお願いしております。

今般「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和 3 年 6 月 11 日法律第 66 号）の施行に伴い、健康保険法第 150 条の規定が改正（令和 4 年 1 月 1 日施行）され、特定健康診査の対象とならない 40 歳未満の組合員の方についても、保険者からの求めに応じ、定期健康診断の結果の提供が事業者には義務付けられました（40 歳以上の方と同様、個人情報保護上の本人同意については不要となります）。

適切・有効な保健事業の実施を促進するため、定期健康診断の結果の提供にご協力をお願いいたします。

【健康保険法〔令和 3 年 6 月 11 日法律第 66 号〕】より抜粋

第 150 条

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査（次項において単に「特定健康診査」という。）及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下この条において「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

2 保険者は、前項の規定により被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うに当たって必要があると認めるときは、被保険者等を使用している事業者等（労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）第二条第三号に規定する事業者その他の法令に基づき健康診断（特定健康診査に相当する項目を実施するものに限る。）を実施する責務を有する者その他厚生労働省令で定める者をいう。以下この条において同じ。）又は使用していた事業者等に対し、厚生労働省令で定めるところにより、同法その他の法令に基づき当該事業者等が保存している当該被保険者等に係る健康診断に関する記録の写しその他これに準ずるものとして厚生労働省令で定めるものを提供するように求めることができる。

3 前項の規定により、労働安全衛生法その他の法令に基づき保存している被保険者等に係る健康診断に関する記録の写しの提供を求められた事業者等は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならない。

4 保険者は、第一項の事業を行うに当たっては、高齢者の医療の確保に関する法律第十六条第一項に規定する医療保険等関連情報、事業者等から提供を受けた被保険者等に係る健康診断に関する記録の写しその他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うものとする。

令和7年度

各種健康診断のご案内

受診期間

令和7年4月1日～令和8年3月31日

＊4月・12月・1月は比較的予約が取りやすくなっています。

対象者

東京都食品健康保険組合に加入している被保険者・被扶養者

＊受診日当日に加入している必要があります。

健診種別

年度末（令和8年3月31日時点）の年齢を起算として選択してください。

35歳未満	35歳以上	40歳以上
健康診断A	人間ドック	人間ドック
—	健康診断B	健康診断B
—	—	特定健診 (被扶養者・任意継続者)

【ご注意】

◎健診は、補助金申請を含め年度内1回のみで、重複受診はできません。上記の健診種別からいずれかをご選択ください。

◎35歳以上で人間ドックを希望の方が、先に健康診断を受診されますと、人間ドック受診分の補助金が支給されませんのでご注意ください。

■40歳以上の方

健診の結果、メタボリックシンドロームのリスクが高い方には特定保健指導を実施します。

■特定健康診査受診券（セット券）

4月下旬頃から該当者（ご家族の方）のご自宅に送付しますので、受診時にご持参ください。

- 特定健康診査受診券（セット券）は、健保連集合A・B契約の医療機関で利用できます。ホームページの「特定健診等実施機関検索システム」でご確認ください。



セット券見本

特定健康診査受診券（セット券）

123-4567-22-0-25500000000

2025年4月1日交付

受診券整理番号 255000000000

受診者 氏名 トウショク ハナコ

性別 女

生年月日 昭和40年6月9日

有効期限 2026年3月31日

健診内容 ・特定健康診査
・その他（当日保険指導）

窓口での自己負担

特定健診（基本部分）	健康組合負担上限度 7,100円
特定健診（詳細部分）	健康組合負担上限度 3,100円
その他（保健指導）	健康組合負担上限度 25,120円
	健康組合負担上限度 5,070円

保険者所在地 東京都台東区東上野2-25-8

保険者電話番号 03-3833-5192

保険者番号・名称 0151323144

契約とりまとめ機関名 集合契約A① 集合契約B①

支払代行機関番号 94899010

支払先代行機関名 社会保険診療報酬支払基金

注意事項

- この券の交付を受けたときは、すぐに、住所欄にご自宅の住所を記載してください。
- 特定健康診査受診券の結果の送付に用います。
- 特定健康診査を受診するときは、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
- 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。
- 特定健康診査受診券の結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者に対して送付し、必要に応じて、保健指導等に活用しますので、ご丁度の上、受診願います。
- 健診結果（・保健指導結果）のデータファイルは、医療代行機関で点検されることがあるが、国への実施結果報告として匿名化され部分的に開示されますので、ご丁度の上、受診願います。
- 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。
- 本券はこの券を使用し、刑法により罰則として懲役の処分を受けることもあります。
- この券の記載事項に変更があった場合は、すぐに保険者に差し出して訂正を願います。
- ※特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日から1週間以内に特定保健指導を受診するときは、以下をご確認ください。
- 医療機関に受療中の場合、主治医に特定保健指導を受けていただくかを確認してください。
- 窓口での自己負担がある場合には、原則、健診当日（特定保健指導開始時）に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時以降にもお支払い頂きます。
1. 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じて次年度以降の保健指導時に活用しますので、ご丁度の上、受診願います。

住所 千 ー

所

1. 人間ドック



上野健康管理センター

組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニック(新宿)

料 金

◎項目については別紙「基本検査項目表」を参照

コース	健診内容	受診料金(税込)
基本コース	詳細については別紙「基本検査項目表」を参照	10,000円
男性コース(50歳以上)	基本コース + PSA(前立腺腫瘍マーカー)	10,000円
婦人科Aコース	基本コース + 乳房超音波検査	11,000円
婦人科Bコース(上野のみ)	基本コース + マンモグラフィー(乳房X線検査)	11,800円

※特定健診の検査項目は、全て含まれています。

時 間

● <午前の受付> 8:15 ~
● <午後の受付> 12:30 ~ 13:00

	月		火		水		木		金		土	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
上野健康管理センター	●	—	●	—	●	●	●	—	●	—	●	—
	第2・4週 除く					第2水曜						
組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニック	●	—	●	—	●	—	●	●	●	—	●	—
	第1週 除く						第3週 除く	第1木曜				

※午後の人間ドック/上野健康管理センター……………毎月第2水曜日
幸楽メディカルクリニック……………毎月第1木曜日

※内服治療中(糖尿病)の方は、午後ドックを受診できません。午前中をご利用ください。

胃内視鏡検査 (組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニックのみ)

◎消化器X線(バリウム)検査を、胃内視鏡検査に変更できます。

◎差額料金/6,000円(税込)

◎実施日/水曜日・金曜日の午前中



1. 人間ドック

子宮頸がん検査（医師採取法／女性医師による採取です。）

◎生理中は検査できないことがあります。

●細胞診検査	2,445円(税込)
●セット検査（細胞診＋HPV検査）	5,195円(税込)
●実施日／上野健康管理センター	：水曜日午前中
幸楽メディカルクリニック	：木曜日午前中(休診日除く)



レディースDAY

◎医師・技師・スタッフも受診者も全て女性です。日程については、別紙をご参照ください。

※レディースDAY以外の日でも受診できます。

申し込み方法

1. 受診を希望する施設に電話で予約してください。
2. 人間ドック予約票をFAXまたは郵送で送ってください。
3. Web予約受付を開始いたします（基本コースのみ）。詳細は、当健保組合ホームページをご覧ください（令和7年4月以降に掲載予定）。

※婦人科コースとオプション検査を希望する方は、電話の際にお伝えください。

※予約票は、当健保組合のホームページからダウンロードできます。

予約状況はこちらから
確認できます



上野健康管理センター

〒110-8611 東京都台東区東上野2-25-8

電話.03(3833)5167 FAX.03(3833)5277

組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニック

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-8-11

電話.03(3355)0308 FAX.03(3355)0266



一般医療機関 《補助金対象》



補助金申請方法

1. 一般医療機関で人間ドックを受診する（実費）。
2. 「人間ドック 補助金申請書」を提出する。

※詳細は、当健保組合のホームページをご覧ください。

※補助金の申請には、提出期限がありますのでご注意ください。

※特定健康診査受診券（セット券）を利用して受診した場合は、補助金の申請はできません。

◎受診期間：令和7年4月1日～令和8年3月31日

◎提出期限：令和8年5月末日まで（必着）

補助金については
こちら
↓



【問い合わせ先】

電話.03(3833)5193

2. 健康診断



上野健康管理センター

組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニック(新宿)

料 金

◎項目については別紙「基本検査項目表」を参照

健康診断コース	対象者	料金(税込)
健康診断A	35歳未満 被保険者及び被扶養者	1,500円
健康診断B	35歳以上 被保険者及び被扶養者	2,500円
特定健診	40歳以上 被扶養者及び任意継続被保険者	無 料

※受診後、事業所宛に1ヶ月分まとめて請求しますので健保組合の指定口座へお振込みください。

※被扶養者及び任意継続被保険者の料金は受診者本人に請求いたします。

時 間

◎午前中も実施しておりますが、人間ドックの予約が優先となります。

上野健康管理センター	月曜日～金曜日／午後1：00～3：30	〈休診日〉 第2・第4月曜日、日曜日、祝日
組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニック	月曜日～金曜日／午後1：00～3：30	〈休診日〉 第1月曜日、第3木曜日、日曜日、祝日

オプション検査

	乳房超音波	マンモグラフィー	子宮頸がん（医師採取法）	
	3,351円(税込)	4,186円(税込)	細胞診検査 2,445円(税込)	セット検査 5,195円(税込)
上野健康管理センター	第2水曜日 午後	※月～金曜日 午後 (休診日除く)	水曜日 午前	
組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニック	第1木曜日 午後	—	木曜日 午前（休診日除く）	

※月・木・金曜日 男性医師
火・水曜日 女性医師

申し込み方法

1. 受診を希望する施設に電話で予約してください。
2. 「健康診断利用申込書」をFAXまたは郵送で送ってください。
3. Web予約受付を開始いたします。詳細は、当健保組合ホームページをご覧ください（令和7年4月以降に掲載予定）。



当日持参するもの

1. 『健康保険証』もしくは『資格情報のお知らせ』と健康診断受診票を必ずご持参ください。
※マイナンバーカードをお持ちで保険証利用登録済みの方は、マイナポータルからご自身のスマートフォンに資格情報のPDFファイルをダウンロードできます。画面をご提示ください。
2. 特定健診対象の方は、「特定健康診査受診券（セット券）」を必ずご持参ください。

健康診断を受診される方は、受診前10時間以上食事等を摂らずにお越しください。
お水のみお飲みいただけます。

2. 健康診断



巡回健康診断

(健診車が巡回して実施します)



料 金

◎項目については別紙「基本検査項目表」を参照

健康診断コース	対象者	料金(税込)
健康診断A	35歳未満 被保険者及び被扶養者	2,000円
健康診断B	35歳以上 被保険者及び被扶養者	3,500円
特定健診	40歳以上 被扶養者及び任意継続被保険者	無 料

※受診後、事業所宛に1ヶ月分まとめて請求しますので健保組合の指定口座へお振込みください。
※被扶養者及び任意継続被保険者の料金は受診者本人に請求いたします。

申し込み期限

実施希望日	申し込み期限
令和7年4月1日(火)～令和7年8月31日(日)	令和7年3月 7日(金)
令和7年9月1日(月)～令和8年3月31日(火)	令和7年6月13日(金)

4月を希望される
場合には、2月中に
お申込みください。



申し込み方法と条件

1. 「健康診断利用申込書【巡回】」をFAXまたは郵送で提出してください。
2. 実施希望日・場所をもとに健診スケジュールを調整のうえ、事業所宛に電話及びFAXで日程をご案内します。

※利用申込書は、健診場所ごとにご提出ください(本社・工場等)。

※巡回健診利用の申し込みは原則20名以上となります。

巡回健診が実施できない場合は合同・集合健診(6ページ)をご利用ください。

※日程決定後のキャンセル・変更は出来かねますのでご了承ください。

上野健康管理センター

【健診担当】

電話 03(5688)5431

FAX 03(5688)5080

◎受診予定人数が少ない、健診実施スペースやレントゲン車の駐車スペースが確保できない、スケジュールの調整、あるいは交通事情が悪い等の都合でお伺いできない場合もございます。予めご了承ください。

◎健診車を効率良く稼働させるため、希望地域の申し込み状況を参考に日程を調整しますので、お早めに予定人数等をお知らせください。

◎事前にご連絡をいただければ、巡回健診が可能かをお知らせいたしますのでご相談ください。

当日持参するもの

1. 健康診断受診票を必ずご持参ください。
2. 特定健診対象の方は、「特定健康診査受診券(セット券)」を必ずご持参ください。



健康診断を受診される方は、受診前10時間以上食事等を摂らずにお越しください。
お水のみお飲みいただけます。

2. 健康診断

合同健診・集合健診 (予約不要です)



実施場所

〈合同健診〉

春季（5月・6月） 健診会場（予定）	
東京都	銀座・日本橋・渋谷・池袋・町田・原宿
神奈川県	横浜・川崎
千葉県	津田沼・柏
その他	仙台・名古屋・大阪

秋季（10月・11月・12月） 健診会場（予定）	
東京都	銀座・日本橋・渋谷・池袋・立川
神奈川県	横浜・川崎
千葉県	津田沼・柏
その他	さいたま・大阪

〈集合健診〉

場 所	実施月
東食健保上野会館4階	6月・9月・10月・11月・1月に実施（予定）
幸楽メディカルクリニック （新宿すこやかプラザ4階）	毎月1～2回実施（予定）

合同・集合健診は
午前中が大変混雑します。
午後の受診も
ご検討ください。

◎未受診者を対象に1月～3月に合同健診の実施を予定しています。

◎実施日程・時間については、後日ご連絡いたします。

料 金

◎項目については別紙「基本検査項目表」を参照

健康診断コース	対象者	料金(税込)
健康診断A	35歳未満 被保険者及び被扶養者	2,000円
健康診断B	35歳以上 被保険者及び被扶養者	3,500円
特定健診	40歳以上 被扶養者及び任意継続被保険者	無 料

※受診後、事業所宛に1ヶ月分まとめて請求しますので健保組合の指定口座へお振込みください。

※被扶養者及び任意継続被保険者の料金は受診者本人に請求いたします。

当日持参するもの

1. 『健康保険証』もしくは『資格情報のお知らせ』をご持参ください。

※マイナンバーカードをお持ちで保険証利用登録済みの方は、マイナポータルからご自身のスマートフォンに資格情報のPDFファイルをダウンロードできます。画面をご提示ください。

2. 特定健診対象の方は、「特定健康診査受診券（セット券）」を必ずご持参ください。



一般医療機関 《補助金対象》



●健康保険組合で実施する健診を次の理由で受診できない場合には、補助金申請が可能です。

- ①健康保険組合が実施する健診場所まで遠距離で、かつ巡回健診の実施予定地域以外の場合
- ②交通事情あるいは日程調整の都合等により巡回健診ができない場合
- ③その他特別な事情がある場合

2. 健康診断

補助金申請方法

1. 一般医療機関で健康診断を受診する（実費）。
2. 「健康診断 補助金申請書」を提出する。

※詳細は、当健保組合のホームページをご覧ください。
※補助金の申請には、提出期限がありますのでご注意ください。
※特定健康診査受診券（セット券）を利用して受診した場合は、補助金の申請はできません。

補助金については
こちら



◎受診期間：令和7年4月1日～令和8年3月31日

◎提出期限：令和8年5月末日まで（必着）

【問い合わせ先】

電話.03(3833)5193

〈二次検査〉

◎各種健康診断を受診され二次検査の対象になられた方は、再・精密検査を受けてください。

◎上野健康管理センター・組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニックで受診する場合、料金は無料です。

〈特定保健指導〉

◎特定保健指導に該当された40歳以上の方は、必ず受けてください。

★上野健康管理センター・組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニックでは、特定保健指導の事業所訪問も実施しております。

★WEB 面談（テレビ電話での面談）による特定保健指導を実施することもできますのでお気軽にご相談ください。

★健康診断時に特定保健指導対象の方は、ご本人の承諾を得て当日実施いたしますので予めご了承ください。



上野健康管理センター

〒110-8611 東京都台東区東上野2-25-8
電話.03(3833)5167 FAX.03(3833)5277

組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニック

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-8-11
電話.03(3355)0308 FAX.03(3355)0266

令和7年度 基本検査項目表（上野健康管理センター・組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニック）

※健診は補助金申請を含め年度内1回のみになります。重複受診はできません。
健康診断・特定健診・人間ドックのいずれかをお選びください。

検 査 項 目		人間ドック 35歳以上	健康診断A 35歳未満	健康診断B 35歳以上	特定健診 40歳以上被扶養者・任意継続者
診 察	医師による内科診察	●	●	●	●
一般検査	身長・体重・BMI・体脂肪率	●	●	●	●
	腹囲	●	●	●	●
	血圧	●	●	●	●
	視力	●	●	●	
	聴力	●(オーディオ)	●(会話法)	●(オーディオ)	
	肺機能検査	●			
尿検査	尿蛋白	●	●	●	●
	尿糖	●	●	●	●
	尿沈渣	●			
	尿潜血	●		●	
大腸がん検査	便潜血(2日法)	●			
血液一般検査	白血球数	●		●	
	赤血球数	●		●	
	血色素量	●		●	
	ヘマトクリット	●		●	
	MCV	●			
	MCH	●			
	MCHC	●			
	血小板数	●			
肝機能検査	総蛋白	●			
	アルブミン	●			
	総ビリルビン	●			
	AST (GOT)	●	●	●	●
	ALT (GPT)	●	●	●	●
	γ-GTP	●	●	●	●
	ALP	●		●	
	LDH	●			
	Ch-E	●			
心電図検査	安静時(12誘導)	●		●	
脂質代謝検査	総コレステロール	●		●	
	中性脂肪	●		●	●
	HDLコレステロール	●		●	●
	LDLコレステロール	●		●	●
	nonHDLコレステロール	●		●	
糖代謝検査	血糖	●		●	●
	HbA1c (NGSP)	●		●	●
尿酸代謝検査	尿酸	●		●	
腎機能検査	尿素窒素	●			
	クレアチニン	●		●	
	e-GFR	●		●	
膵機能検査	血清アミラーゼ	●			
リウマチ検査	RF(リウマチ因子定量)	●			
電解質検査	カルシウム	●			
	無機リン	●			
腫瘍マーカー	CEA(消化器・呼吸器他)	●			
	PSA(前立腺)	●50歳以上のみ			
	CA19-9(膵臓)	●			
胸部X線検査	心陰影・肺野	●	●	●	
消化器X線検査	食道・胃・十二指腸	●			
腹部超音波検査	肝臓・胆嚢・腎臓	●			
	膵臓・脾臓	●			
眼底検査	眼底写真(両眼)	●			
骨密度測定		●			
直腸・前立腺触診	触診	希望者			
健診料金(税込)		基本コース 10,000円	上野・幸楽会 1,500円 巡回・合同・集合 2,000円	上野・幸楽会 2,500円 巡回・合同・集合 3,500円	無 料

人間ドック予約票

受診日	年 月 日 ()	記号 - 番号	—	本人・家族
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 () 歳 平成	
氏 名	男・女			
事業所名		日中の 連絡先		
書類・結果 送付先	※必ずご記入ください（勤務先の場合、部署名もご記入ください）。 〒			

※人間ドックの受診は各年度1回限りです。

※定期健康診断・特定健診との重複受診はできませんのでご注意ください。

※備考

希望されるコースに○をつけてください（35歳以上75歳未満）。	料金(税込)
①基本コース	¥10,000
②男性コース（①+前立腺腫瘍マーカー）※50歳以上75歳未満	¥10,000
③婦人科Aコース（①+乳房超音波）	¥11,000
④婦人科Bコース（①+マンモグラフィー）※上野のみ	¥11,800

消化器X線(バリウム)検査は幸楽メディカルクリニックにて胃内視鏡検査への変更が可能です。（人数制限あり）

◎幸楽メディカルクリニックのみ 水・金曜日午前中 実施 差額料金 ¥6,000(税込)

変更を希望する方は☑してください→ ☐変更を希望する

オプション検査（資料発送後及び検査当日のオプション検査の追加はお受けできません。）

希望に○	項目名	料金(税込)	希望に○	項目名	料金(税込)
	B型・C型肝炎検査	¥500		NT-proBNP	¥1,049
	頸動脈超音波(人数制限あり)	¥2,933		抗CCP抗体	¥1,670
	乳房超音波(人数制限あり)	¥3,351		甲状腺機能	¥3,351
	マンモグラフィー(人数制限あり)	¥4,186		子宮頸がん[医師採取法(人数制限あり)]	
	喀痰細胞診	¥1,843		細胞診検査	¥2,445
	PSA(前立腺)	¥2,200		セット検査(細胞診+HPV検査)	¥5,195
	ピロリ菌・ペプシノゲン	¥3,768			

※ B型・C型肝炎検査 ¥500 は人間ドックの特別料金です。

※ 乳房超音波検査・マンモグラフィーは、なるべく生理後1週間頃に受診されることをお勧めします。

※ マンモグラフィー【上野健康管理センターのみ】

下記に該当する方は受診出来ません。

①妊娠中、または妊娠の可能性がある方 ②豊胸手術を受けた方 ③ペースメーカーを入れている方

※ 子宮頸がん（医師採取法）実施日：【上野健康管理センター】水曜日午前中・【幸楽メディカルクリニック】木曜日午前中

①妊娠中、または妊娠の可能性がある方は受診できません。②生理中は検査できないことがあります。

受診場所（どちらかに☑を付けてください）

☐ 上野健康管理センター

電話：03-3833-5167/F A X：03-3833-5277

☐ 組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニック

電話：03-3355-0308/F A X：03-3355-0266

◎電話でご予約後 F A X または郵便でお送りください。

東京都食品健康保険組合

予約状況はこちらから確認できます→



オプション検査のご案内

オプション検査を希望される方は、人間ドック予約票オプション検査項目に○をつけてください。
マンモグラフィー・乳房超音波・頸動脈超音波・子宮頸がん検査には**人数制限があります**ので、
ご希望の場合には、電話でお申し込みください。

オプション名	検査内容
マンモグラフィー (乳房X線検査) 【上野健康管理センターのみ】	乳房の腫瘍・石灰化・乳腺組織の変化などが判ります。 なるべく生理後1週間頃に受診されることをお勧めします。 ※授乳中の方は超音波検査を受診してください。 ※下記に該当する方は受診出来ません。 ①妊娠中、または妊娠の可能性がある方 ②豊胸手術を受けた方 ③ペースメーカーを入れている方
乳房超音波検査	超音波で乳房内の病変を見つける検査です。 40歳未満の方は乳腺が発達しているため、マンモグラフィーよりも超音波検査をお勧めします。 なるべく生理後1週間頃に受診されることをお勧めします。
子宮頸がん検査セット (医師子宮細胞診検査 +HPV検査)	女性医師の採取による細胞診検査に加えてHPV（ヒト・パピローマウイルス）検査を受けると、高い確率でがんになる前の段階で発見することができます。 ※妊娠中、または妊娠の可能性がある方は受診できません。 ※生理中は検査できないことがあります。
頸動脈超音波検査	動脈硬化などをみる検査で、高血圧症・脂質異常症・糖尿病の方にお勧めします。
ピロリ菌・ペプシノゲン (血液検査)	胃の症状が気になる方にお勧めします。 胃・十二指腸潰瘍、胃炎・胃がんの原因の8～9割に関与しているといわれます。 (ピロリ菌除菌済みの方にはこの検査ではなく、胃内視鏡検査をお勧めします)
PSA (前立腺腫瘍マーカー) (血液検査)	前立腺がん・前立腺肥大などで上昇します。
NT- proBNP (血液検査)	高血圧症・心筋梗塞・心筋症・心臓弁膜症などに伴う心不全の早期発見・治療に有用です。
喀痰細胞診 (3日分の痰)	喀痰を調べることで、肺のがん細胞の有無を調べます。 喫煙者（1日15本以上）にお勧めします。
抗CCP抗体 (血液検査)	関節リウマチの早期診断や治療の手がかりとなります。 過去の健診でRF（リウマチ因子）の数値が高いといわれた方にお勧めです。 RFより疑陽性が少ないので有用とされています。
甲状腺機能検査 (血液検査)	甲状腺機能に異常があるかどうか判ります。
B型・C型肝炎検査 (血液検査)	B型・C型肝炎のウイルス感染の有無を調べます。

胃内視鏡検査(人数制限あり) 胃カメラとも呼ばれています。食道・胃・十二指腸の病気（ポリープ・腫瘍・炎症）の診断や治療方針を決めるために不可欠な検査です。
【幸楽メディカルクリニックのみ】

※資料発送後及び検査当日はオプション検査の追加はできません。

令和7年度婦人科健診のご案内

上野健康管理センター・組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニックでは、女性特有の病気（乳がん・子宮頸がん等）を早期発見するための健診を実施しております。お気軽にお問い合わせください。

検査名	実施機関		検査内容
	上野健康管理センター	幸楽メディカルクリニック	
①乳房超音波 (触診含む)	人間ドック婦人科(35歳以上)		・超音波で乳房内の病変を診つける検査です。 ・40歳未満の方は乳腺が発達しているため、マンモグラフィーよりも超音波検査が適しているといわれています。 ・なるべく生理後1週間頃に受診されることをお勧めします。
	Aコース検査項目に含む		
	健康診断オプション (35歳未満も受診可)		
	第2水曜日午後のみ	第1木曜日午後のみ	
②マンモグラフィー (触診含む)	人間ドック婦人科 (35歳以上)	実施対象外	・乳房の腫瘍・石灰化・乳腺組織の変化が判ります。 ・なるべく生理後1週間頃に受診されることをお勧めします。 ※授乳中の方は超音波検査を受診してください。 ※下記に該当する方は受診出来ません。 ①妊娠中、または妊娠の可能性がある方 ②豊胸手術を受けた方 ③ペースメーカーを入れている方
	Bコース検査項目に含む		
	健康診断オプション (35歳未満も受診可)		
	月～金曜日 午後のみ (休診日除く)		
	月・木・金曜日 男性医師 火・水曜日 女性医師		
③子宮頸がん検査 (医師採取法)	水曜日 (午前中のみ)	木曜日 ※第3木曜日除く (午前中のみ)	・女性医師の採取による細胞診検査と併せてHPV（ヒト・パピローマウイルス）検査を受診されるとより高い確率でがんを発見することができます。 ※妊娠中、または妊娠の可能性がある方は受診できません。 ※生理中は検査できないことがあります。

レディースDAYのご案内

女性専用の『レディースDAY』も設けております。医師・技師・スタッフ・受診者すべて女性です。レディースDAY以外の日も人間ドック・健康診断は受診可能です。

実施機関	上野健康管理センター	幸楽メディカルクリニック
実施日 (午前中のみ)	令和7年 4月 9日(水)・16日(水)・30日(水)	令和7年 4月10日 (木)
	5月 7日(水)・21日(水)	5月 1日 (木)・8日 (木)
	6月 4日(水)・18日(水)	6月26日 (木)
	7月 2日(水)・16日(水)・30日(水)	8月14日 (木)
	8月 6日(水)・20日(水)	12月11日 (木)
	9月 3日(水)・17日(水)	令和8年 1月 8日 (木)
	10月 1日(水)・15日(水)・29日(水)	
	11月 5日(水)・19日(水)	
	12月 3日(水)・17日(水)	
	令和8年 1月 7日(水)・21日(水)	
	2月 4日(水)・18日(水)	
	3月 4日(水)・18日(水)	

事業所名事業主名事務担当者

事業所〒所在地電話：

受診日	証番号	フリガナ/氏名	性別	生年月日	年齢	コース	備考
/			男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		A ・ B その他	
/			男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		A ・ B その他	
/			男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		A ・ B その他	
/			男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		A ・ B その他	
/			男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		A ・ B その他	
/			男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		A ・ B その他	
/			男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		A ・ B その他	
/			男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		A ・ B その他	
/			男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日		A ・ B その他	

【注意事項】

申込日：令和 年 月 日

①健康診断の利用は年度内1回です。人間ドックとの重複受診はできません。

②未加入者や2度目受診、乳房超音波・マンモグラフィーをご希望の方は備考欄に記入してください。

③受診料金（一部負担金）は、後日事業所宛に1ヶ月分まとめて請求します。健保組合指定口座へお振り込みください。

※未加入者分は別口座、被扶養者及び任意継続の方はコンビニ振込でのお支払いになります。

④雇入時健診及び深夜業務健診の健康診断についてはお問い合わせください。

⑤健康診断実施内容・金額についてはQRコードからご確認いただけます。



受診場所（どちらかに☑を付けてください）

☑電話でご予約後F A Xまたは郵送でお送りください（F A X・郵送以外での申し込みについてはご相談ください）。

☐ 上野健康管理センター ☐ 組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニック

電話：03-3833-5167/F A X：03-3833-5277 電話：03-3355-0308/F A X：03-3355-0266

※健保組合が行う健診業務の個人情報利用目的については、個人情報保護法及び関連諸法令を遵守します。

また、利用目的達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱いません。

東京都食品健康保険組合



令和7年度【巡回】健康診断利用申込書

4月～8月に巡回健診を希望される場合は3月7日(金)までに(4月を希望される場合には2月中)、9月～翌年3月に実施を希望される場合は6月13日(金)までにお申し込みください。

※巡回健診利用申し込みは原則20名以上からご利用いただけます。

事業所名						
健診希望場所	1.本社 2._____支店 3._____営業所 4._____工場					
実施場所住所						
実施場所担当者名			電話番号	FAX		
実施希望日	第1希望日	令和	年	月	日 () 午前・午後	
	第2希望日	令和	年	月	日 () 午前・午後	
	第3希望日	令和	年	月	日 () 午前・午後	
	備考					
受診者数 ※必ずご記入ください	健康診断A 35歳未満	被保険者	名	健康診断B 35歳以上	被保険者	名
		未加入者	名		未加入者	名
駐車場所(レントゲン車)	大きさ:高さ3M・幅3M・長さ7M	1.駐車場あり 2.駐車場なし(道路使用許可を取得)				
健診日時の連絡先	1.本社担当者まで() 2.実施場所担当者まで					
受診票の送付先	1.本社 2.健診場所 3.その他()					
結果票の送付先	1.本社 2.健診場所 3.その他()					
歯科健診(加入者のみ)希望 *実施は東京都内に限ります。		1.有	2.無	_____名		

※巡回健診時の歯科健診については、実施できる人数に限りがございます(半日50名程度)。また、予定人数が少ない場合や実施スペースの確保ができない場合など、実施できないこともありますのでご相談ください。

令和 年 月 日

上記のとおり巡回健康診断を申し込みいたします

事業所所在地

事業所名

事業主名

電話番号

F A X

(申し込み先)

〒110-8611

東京都台東区東上野2-25-8

東京都食品健康保険組合

健康管理センター健診担当宛

TEL 03(5688)5431

FAX 03(5688)5080



巡回健診につきましては、健診場所の環境や予定人数(原則20名以上)、実施を希望される時期、交通事情などによりお伺いできないこともあります。その際は春季、秋季に実施しております合同健診または都内近県の事業所様は上野健康管理センターや組合指定医療機関幸楽メディカルクリニックをご利用ください。

※巡回日程決定後のキャンセル・日程変更は出来かねますのでご了承ください。

健康診断 ・ 人間ドック 補助金支給申請書

(40歳以上用)

健 保 使 用 欄	支 給 額	実施者数	内 訳		備考
	¥	名	単 価	実施者数	
			¥ × 名		
			¥ × 名		
			¥ × 名		
			¥ × 名		
			¥ × 名		
実 施 年 月 日		実 施 者 数		合 計	
実 施 医 療 機 関 名		被 保 険 者	男	女	
		被 扶 養 者	男	女	
上記のとおり申請いたします。					
令和 年 月 日					
住 所 〒					
申請者 氏 名					
電 話 []					
東京都食品健康保険組合 殿					
振 込 先 金 融 機 関	振 込 先 銀 行	銀 行		支 店	
	普通 ・ 当座	口座番号			
	フリガナ				
	口座名義人名				
◎ 指定口座が個人口座の場合、必ずフリガナをご記入ください。					

◎この申請書に記載されている個人情報および添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務（重症化予防・特定保健指導管理事項等）以外の利用はいたしません。

受 付 日 付 印	会 計 課 受 付 日 付 印	会 計 課 支 払 日 付 印	事業所番号

- (注) ・ 申請者が事業主の場合は事業所名・事業所所在地・事業主名を記入してください。
- ・ 申請者が個人の場合、家族の受診分であっても申請者及び口座名義人は被保険者としてください。
- なお、個人の場合も次頁の 健康診断・人間ドック受診者名簿〔補助金〕(40歳以上用)を提出してください。
- ・ 検査結果・領収書（又は請求書と振込明細書）の写しを必ず添付してください。
- ・ 領収書の金額が二名以上の場合は、内訳書・個人別の検査料を医療機関に記入してもらってください。
- ・ 実施年度内に到達する年齢が40歳以上の受診者の場合は、「質問票」を添付してください。
- ・ 特定健康診査受診券（セット券）を利用して受診した場合は、補助金の申請はできません。

事業所名

© ©

◎ 40 歳以上の受診者の場合は、「質問票」を添付してください。

◎ この申請書に記載されている個人情報および添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務（重症化予防・特定保健指導管理事項等）以外の利用はいたしません。

実施医療機関証明欄

2-2

健康診断 ・ 人間ドック 補助金支給申請書

受診した日付、医療機関名をご記入ください。 複数人数の申請で、受診日等が異なる場合に、令和〇〇年〇〇月〇〇日 他 等とご記入ください。

(40歳以上用)

健 保 使 用 欄	支 給 額	実施者数	内 訳		備考
	¥		単 価	実施者数	
健保使用欄ですので記入しないでください					名 名 名 名 名

実 施 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 他	実 施 者 数	合 計	2
実 施 医 療 機 関 名	健保クリニック 他	被 保 険 者	男	1 女
		被 扶 養 者	男	女 1

上記のとおり申請いたします。

令和 〇〇 年 △△ 月 ×× 日

記入日をご記入ください。

〒 110-0016

住 所

台東区東上野2-25-8

申 請 者

氏 名

東 食 太 郎

電 話

03

3833

5150

東京都食品健康保険組合 殿

振 込 先 金 融 機 関	振 込 先 銀 行	みずほ 銀 行	稲荷町 支 店
	普通 ・ 当座	口座番号	1234567
	フリガナ	トウシヨク タロウ	
	口座名義人名	東 食 太 郎	

◎ 指定口座が個人口座の場合、必ずフリガナをご記入ください。

被保険者証の【記号】となります

受 付 日 付 印

会 計 課 受 付 日 付 印

会 計 課 支 払 日 付 印

事業所番号

申請者が事業主の場合、事業所所在地・事業所名・事業主名をご記入ください。

申請者が個人の場合、住所・被保険者氏名と電話番号をご記入ください。

※受診者が被扶養者であっても、申請者は被保険者となります。

123

申請者が事業主の場合、記入を省略することが可能です。
申請者が個人の場合、必ず被保険者の口座番号をご記入ください。

- (注) ・ 申請者が事業主の場合、事業所名・事業所所在地・事業主名をご記入ください。
・ 申請者が個人の場合、家族の受診分であっても申請者及び口座名義人は被保険者としてください。
なお、個人の場合も次頁の「健康診断・人間ドック受診者名簿〔補助金〕(40歳以上用)」を提出してください。
・ 検査結果・領収書(または請求書と振込明細書)の写しを必ず添付してください。
・ 領収書の金額が二名以上の場合、個人別の検査料の内訳を医療機関に記入してもらってください。
・ 実施年度内に到達する年齢が40歳以上の受診者の場合は、「質問票」を添付してください。
・ 特定健康診査受診券(セット券)を利用して受診した場合は、補助金の申請はできません。

◎ 問い合わせ先

東京都食品健康保険組合 補助金担当

注意!! 2枚1組の用紙となっています

電話 03-3833-5193

R6.4

◎ この申請書に記載されている個人情報及び添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務(重症化予防・特定保健指導管理事項等)以外に利用しません。

事業所名

こちらの用紙は必ずご提出ください

◎ 40 歳以上の受診者の場合は、「質問票」を添付して下さい。

◎ この申請書に記載されている個人情報及び添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務（重症化予防・特定保健指導管理事項等）以外に利用しません。

健保使用欄ですので記入しないでください

実施医療機関証明欄

※ 上記に証明をもらうか又は領収書の写しを添付。

質 問 票

(40歳以上の方は、補助金申請書に添付してください)

健康保険被保険者証の

受診者の

被保険者との

記号_____ 番号_____ 氏名_____ 続柄_____

	質 問 項 目	回 答(該当するものに☑)
1	現在、血圧を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
4	医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けている。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> 1: はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 2: 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> 3: いいえ(1・2以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
11	日常生活において歩行又は、同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
12	同年代の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態について。	<input type="checkbox"/> 1: 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 2: 歯や歯ぐき、かみ合わせなどで気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> 3: ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 1:速い <input type="checkbox"/> 2:ふつう <input type="checkbox"/> 3:遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している。	<input type="checkbox"/> 1:毎日 <input type="checkbox"/> 2:時々 <input type="checkbox"/> 3:ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	<input type="checkbox"/> 1: 毎日 <input type="checkbox"/> 2: 週5～6日 <input type="checkbox"/> 3: 週3～4日 <input type="checkbox"/> 4: 週1～2日 <input type="checkbox"/> 5: 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 6: 月に1日未満 <input type="checkbox"/> 7: やめた <input type="checkbox"/> 8: 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当りの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安 ビール 中瓶1本(同5度、500ml) 焼酎 1杯(同25度、110ml) ワイン 1.5杯(同14度、180ml) ウイスキーダブル 1杯(同43度、60ml) 缶チューハイ 1本(同5度、約500ml、同7度、約350ml)	<input type="checkbox"/> 1: 1合未満 <input type="checkbox"/> 2: 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 3: 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 4: 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5: 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	<input type="checkbox"/> 1: 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 2: 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 3: 近いうちに(1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 4: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 5: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ

◎この「質問票」により取得した個人情報は、健康保険業務(重症化予防・特定保健指導管理事項等)以外に使用いたしません。

健康診断 ・ 人間ドック 補助金支給申請書

(40歳未満用)

健康 保 使 用 欄	支 給 額		実施者数		内 訳		備考	
	¥		名		単 価		実施者数	
					¥	×	名	
					¥	×	名	
					¥	×	名	
					¥	×	名	
					¥	×	名	
実 施 年 月 日				実 施 者 数		合 計		
実 施 医 療 機 関 名				被 保 険 者		男	女	
				被 扶 養 者		男	女	
上記のとおり申請いたします。								
令和 年 月 日								
住所 〒								
申請者 氏 名								
電 話 []								
東京都食品健康保険組合 殿								
振 込 先 金 融 機 関	振 込 先 銀 行		銀 行		支 店			
	普通 ・ 当座		口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人名							
◎ 指定口座が個人口座の場合、必ずフリガナをご記入ください。								

◎ この申請書に記載されている個人情報および添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務（重症化予防・特定保健指導管理事項等）以外の利用はいたしません。

受 付 日 付 印	会 計 課 受 付 日 付 印	会 計 課 支 払 日 付 印	事業所番号

- (注) ・ 申請者が事業主の場合は事業所名・事業所所在地・事業主名を記入してください。
・ 申請者が個人の場合、家族の受診分であっても申請者及び口座名義人は被保険者としてください。
なお、個人の場合も次頁の「健康診断・人間ドック受診者名簿〔補助金〕(40歳未満用)」を提出してください。
・ 検査結果・領収書（又は請求書と振込明細書）の写しを必ず添付してください。
・ 領収書の金額が二名以上の場合は、内訳書・個人別の検査料を医療機関に記入してもらってください。

◎ 問い合わせ先

東京都食品健康保険組合 補助金担当

電話 03-3833-5193

2-1

R6.4

健康診断 ・ 人間ドック 受診者名簿 〔補助金〕 (40歳未満用)

事業所番号

事業所名

※ 太枠 健保使用欄

被保険者 番号	本人家族	氏名	年齢	生年月日	性別	実施日	検査料	支給額	備考
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			

◎この申請書に記載されている個人情報および添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務（重症化予防・特定保健指導管理事項等）以外の利用はいたしません。

実施医療機関証明欄

上記のとおり健康診断 ・ 人間ドック を実施し

¥ _____ を領収したことを証明します。

内訳 (単価 ¥ _____ × 実施者数 _____ 名)

(単価 ¥ _____ × 実施者数 _____ 名)

(単価 ¥ _____ × 実施者数 _____ 名)

(消費税 ¥ _____)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

所在地 _____

医師名 _____

印

※ 上記に証明をもらうか又は領収書の写しを添付。

健康診断 ・ 人間ドック 補助金支給申請書

受診した日付、医療機関名をご記入ください。 複数人数の申請で、受診日等が異なる場合には、令和〇〇年〇〇月〇〇日 他 等とご記入ください。

(40歳未満用)

健 保 使 用 欄	支 給 額	実施者数	内 訳		備 考
			単 価	実施者数	
	¥	健保使用欄ですので記入しないでください			名 名 名 名 名 名

実 施 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 他	実 施 者 数	合 計	1
実 施 医 療 機 関 名	健保クリニック 他	被 保 険 者	男	女
		被 扶 養 者	男	女 1

上記のとおり申請いたします。

令和 〇〇 年 △△ 月 ×× 日

記入日をご記入ください。

〒 160-0022

住 所

新宿区新宿1-8-11

申 請 者

氏 名

上 野 健

電 話

03 { 3355 } 3081

東京都食品健康保険組合 殿

振 込 先 金 融 機 関	振 込 先 銀 行	みずほ 銀 行	新宿 支 店
	普通 ・ 当座	口座番号	1234567
	フリガナ	ウ エ ノ ケ ン	
	口座名義人名	上 野 健	

◎ 指定口座が個人口座の場合、必ずフリガナをご記入ください。

被保険者証の【記号】となります

受 付 日 付 印

会 計 課 受 付 日 付 印

会 計 課 支 払 日 付 印

事業所番号

123

申請者が**事業主**の場合、事業所所在地・事業所名・事業主名をご記入ください。
申請者が**個人**の場合、住所・被保険者氏名と電話番号をご記入ください。
※受診者が**被扶養者**であっても、申請者は**被保険者**となります。

申請者が**事業主**の場合、記入を省略することが可能です。
申請者が**個人**の場合、必ず**被保険者の口座番号**をご記入ください。

- (注) ・ 申請者が事業主の場合、事業所名・事業所所在地・事業主名をご記入ください。
・ 申請者が個人の場合、家族の受診分であっても申請者及び口座名義人は被保険者としてください。
なお、個人の場合も次頁の 健康診断・人間ドック受診者名簿〔補助金〕(40歳未満用)を提出してください。
・ 検査結果・領収書(または請求書と振込明細書)の写しを必ず添付してください。
・ 領収書の金額が二名以上の場合、個人別の検査料の内訳を医療機関に記入してもらってください。

◎ お問合せ先

東京都食品健康保険組合 健康管理センター

電話 03-3833-5193

注意!! 2枚1組の用紙となっています

2-1

R6.4

◎ この申請書に記載されている個人情報及び添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務(重症化予防・特定保健指導管理事項等)以外に利用しません。

事業所番号 123 事業所名

こちらの用紙は必ずご提出ください

※ 太枠 健保使用欄

被保険者証 番号	本人家族	氏名	年齢	生年月日	性別	実施日	検査料	支給額	備考
789	本・家	上野 康子	37	S54.3.5	女	9/10	19,000		
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			

健保使用欄ですので記入しないでください

◎ この申請書に記載されている個人情報及び添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務（重症化予防・特定保健指導管理事項等）以外に利用しません。

実施医療機関証明欄

上記のとおり健康診断 ・ 人間ドック を実施し

¥

を領収したことを証明します。

内訳

(単価 ¥ × 実施者数 名)

(単価 ¥ × 実施者数 名)

(単価 ¥ × 実施者数 名)

(消費税 ¥)

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印

※ 上記に証明をもらうか又は領収書の写しを添付。