

## 2024 年度 ご家族の人間ドック受診のご案内

平素は、健康管理に関する取り組みに、ご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。  
お申込みのいただきましたご家族の人間ドックについて、下記のとおりご案内いたします。

### 記

1. 受診資格 人間ドック受診時に当健保の資格がある方
2. 健診機関
  - ◆契約健診機関：当健保 HP の健診機関一覧でご確認ください。
  - ◇契約健診機関以外：当健保 HP に掲載されていない健診機関です。
3. 自己負担
 

◆契約健診機関	40才以上	人間ドック総費用 20,000 円超過額+*オプション追加額
	40才未満	20,000 円+ $\alpha$ ( $\alpha$ =人間ドック総費用 40,000 円超過額+*オプション追加額)
◇契約健診機関以外	40才以上	人間ドック総費用+*オプション追加額
	40才未満	(助成金の申請により、最終的に契約健診機関と同じ)

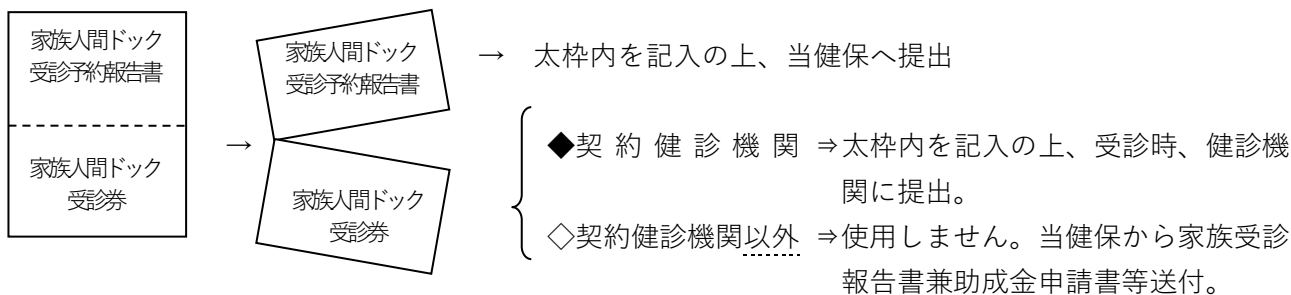
(助成金額の 1/3 は会社負担です。会社負担について、2024 年度より社員の課税所得となります。所得税率は給与に応じ変わりますが、受診の約 6 か月後に給与から 100 ~300 円程度を控除させていただきますのでご理解の程よろしく願いいたします。)
4. その他
  - (1)家族健診(40 歳以上のみ)に変更されたい方は、当健保 健康管理担当宛にご連絡をお願いいたします。  
(電話：053-445-3850 携帯：080-3910-5983)
  - (2)人間ドックの受診結果は、皆様の健康管理のために当健保で保管し、疾病分析や健康相談の保健活動、再検査調査、助成金管理に活用させていただきますので、ご同意の上、受診をお願いいたします。
5. オプション 人間ドックに個人の要望でプラスする検査は全額自己負担。ただし、胃部検査(胃部レントゲンを胃カメラに変更)と婦人科検査(子宮・乳房)は、ドックに合算し、上限の範囲内で助成します。以上

### 《案内が届いてからの流れ》

#### 1. 健診機関へ予約

- ◆契約健診機関 ⇒ 「スズキ健康保険組合」と申し出て予約をしてください。
- ◇契約健診機関以外 ⇒ 必ず特定健診項目が満たされていることを確認してください。

#### 2. 「家族人間ドック受診予約報告書」を当健保に提出



\*代理店の場合、事業所により手順が異なることがあります。勤務先総務課にご確認ください。

#### 3. 当日、予約した健診機関で受診

表面の《案内が届いてからの流れ》をご一読の上、手続きをお願いします。

《当健保提出》		家族人間ドック受診予約報告書	
被扶養者 氏名		被扶養者 生年月日	年 月 日
保険証 記号・番号	記号 番号	会社名 所属略称	
予約先 健診機関	区分	契約・契約外(*どちらか一方に〇)	受診予定日
	名称		年 月 日
	TEL ( ) -	ドックの 種類	1日コース ・ 1泊コース

選択式のものは、いずれかに○をつけてください

-----キ-----リ-----ト-----リ-----線-----

**ご家族の人間ドック受診券**

《受診時健診機関に提出》【注意】受診券を持参しない場合、全額自己負担となることがあります。

フリガナ		区 分	被扶養者
被扶養者氏名		性 別	男・女
生年月日		予約後、ご自身で 記入ください。	
保険証記号・番号	記号 番号		
会社名 所属略称			
受診日			
健診機関			
自己負担額 ※表面 <b>オプション</b> を参照	契約健 診機関	40才 以上	ドック総費用20,000円超過額 + *オプション追加額
		40才 未満	20,000円 + α (α = ドック総費用40,000円超過額 + *オプション追加額)
	契約健診機関以外		人間ドック総費用 (後日、受診者からの助成金申請により、契約健診機関同様の助成をいたします)
発行者	スズキ健康保険組合 TEL 053-445-3850 携帯 080-3910-5983		

\*人間ドック受診後の医師による検査結果説明は必ず受けてください。再検査(精密検査・治療)の判定がされた場合には、医師と相談のうえ、指示に従ってください。