申込日:　　年　　月　　日

りそな健康保険組合　行

健保人間ドック利用申込書(2025年度用)

私はりそな健康保険組合の契約医療機関に人間ドックの予約をしましたので、受診後、当該医療機関から、りそな健康保険組合に人間ドックの健診結果が報告されること(注1)に同意し、人間ドックの利用を申し込みます。
また、事業主の定期健康診断、指名制ドック、あるいは家族健康診断を本年度(2025年4月～2026年3月)は受診しませんが、もし受診した場合は健保人間ドックの料金を全額自己負担します。

以下、太枠内をすべて記入してください。健保から「人間ドック利用券」をお送りします。

利用券送付先(必ず記入)	送付先(会社名及び部署・支店名等)	○○銀行△△支店、○○株式会社△△部、など社内文書メールの送付先をご記入ください。		
	送付先氏名		連絡先電話番号(日中)	－　－

ドック受診者の 記号 [　] 番号 [　]　**受診者名(自署)** [　]

性別/続柄 [　] 1:男、2:女　[　] 1:被保険者、2:被扶養者　生年月日(西暦) [　] 年 [　] 月 [　] 日

受診医療機関 番号 [　] 名称 [　]

受診医療機関番号はりそな健康保険組合ホームページの「人間ドック契約医療機関」の番号(1～3桁)を記載ください。

受診日(西暦) [　] 年 [　] 月 [　] 日

胃部検査コース

あなたが予約されたコースを必ずチェックして下さい。　医療機関により選択可能なコースが異なります。

☐ 胃透視(バリウム)　☐ 胃部経口内視鏡(胃カメラ)　☐ 胃部経鼻内視鏡(胃カメラ)

りそな未来財団「りそな次世代応援プロジェクト」への寄付(希望者の方のみ寄付希望額にチェックお願いします)

趣旨にご賛同いただける方は是非ご利用ください。インセンティブ支給額(注2)より「りそな未来財団」へ500円単位で寄付ができます。なお、りそな未来財団の活動内容などにつきましては、「健保活用ガイド」(ホームページ)をご覧ください。
※寄付された方の寄付金額、名前、所属先、住所をりそな健康保険組合からりそな未来財団へ提供します。

☐ 500円寄付 ☐ 1,000円寄付 ☐ 1,500円寄付 ☐ 2,000円寄付 ☐ 2,500円寄付 ☐ 全額寄付 ☐ 寄付しない

りそな銀行・埼玉りそな銀行・関西みらい銀行・みなと銀行の被保険者(保険証の記号が4010、4017、4159、4562かつ本人)の方へ健診結果の事業主(各銀行)への提出について

・健保人間ドックの健診結果は、銀行が実施する定期健康診断(指名制ドックを含む)の代用としてりそな健保から各銀行に提供します。
・健保人間ドックの健診結果をりそな健保から銀行へ提供することを希望しない場合は各銀行の健康管理センターへ銀行制定の書式「健保人間ドック受診に関する報告」をご提出ください。
この件のお問い合わせにつきましては各銀行の健康管理センター等にお願いします。

健保人間ドックはりそな健康保険組合の健診制度であり、指名制ドックは各銀行の制度です。
当申込書は健保人間ドックの申込書です。指名制ドックは各銀行の業務連絡などで確認をお願いします。

注1. 健診結果および個人情報について
○健保人間ドックの健診結果は医療機関からりそな健保へ提供されます。提供の同意が健保人間ドック受診の条件となります。
りそな健保は受診医療機関から取得した健診結果を人間ドック・インセンティブ制度における報奨金の計算のために利用します。
健診結果のその他の利用目的はりそな健保のホームページ掲載の利用目的をご覧ください。

注2.インセンティブおよび寄付金について
○健保人間ドックの健診結果などから**最大3,000円**のインセンティブを支給します。寄付金を控除した金額を被保険者の口座に振り込みます。
インセンティブ制度の詳細はりそな健康保険組合ホームページの「健保活用ガイド」をご覧ください。

インセンティブ内訳項目	基準内容	金額(最大3,000円)	支給のための手続き(ウォーキングのみ)
メタボリスク抑制	肥満　腹囲　男性＜85cm、女性＜90cm、BMI＜25	500	ウォーキング・インセンティブについては歩こう運動の実績に応じて支給します。毎日、記録表に歩数をつけ当申込書に必ず同封してお送りください。(記録表はりそな健保のホームページ「申請書ダウンロード」に掲載)
	血糖　空腹時血糖＜100mg/dl	500	
	脂質　中性脂肪＜150mg/dl、HDLコレステロール≧40mg/dl	500	
	血圧　収縮期＜130mmHg、拡張期＜85mmHg	500	
	喫煙　喫煙していない	500	
ビギナーズ	被扶養者かつ人間ドック初受診の方	1,000	
ウォーキング	1日平均1万歩以上を6ヵ月以上継続	1,000	
	1日平均1万歩以上を3ヵ月以上継続	500	

健保使用欄	検印	精査	担当					受付		WI記入	