

2026年度

特定健診(家族健診)のご案内

今年度も特定健診(家族健診)を実施いたします。病気の早期発見、早期治療と生活習慣の改善のため、年に1回は健康診断の受診をお願いいたします。40歳以上のみなさまにつきましては、厚生労働省の定める「特定健診」となり、健康保険組合は実施・報告することが義務付けられていますので、積極的に受診していただきますようお願いいたします。

なお、当健康保険組合は、「特定健診および人間ドック受診予約業務」を(株)ベネフィット・ワンへ、「特定保健指導」を(株)ベネフィット・ワンおよびSOMPOヘルスサポート(株)へ委託しております。

また、本制度を利用した健診結果は受診者本人と健康保険組合に通知され、特定保健指導等の保健事業に使用することがあります。

特定健診(家族健診)について

- ・特定健診(家族健診)の運営・内容につきましては、昨年度と変更ありません。詳細はP.2「健診制度のご案内」にてご確認ください。
- ・パート先等で健康診断を受診された40歳以上の方には、健診結果のご提出をお願いしております。詳細は、P.5「パート先等で受診された『健康診断結果』ご提出のお願い」をご確認ください。

予約方法

■WEB予約

健診予約受付サイト

<https://kenshin.happylth.com/sumisei>

スマートフォンを
ご利用の方



■電話予約

健診予約受付センター

0800-170-4898 (フリーコール)

受付時間：平日・土曜 10:00~18:00 (日祝・年末年始除く)

※本人確認のため被保険者証等をお手元に準備のうえ、お電話ください。



住友生命保険相互会社の職員は、会社が実施する定期健康診断を受診された場合、特定健診の受診は不要です。

健診制度のご案内

当健康保険組合の健診制度は「特定健診(家族健診)」と「人間ドック」の2種類です。年度(4月1日から翌年3月31日)に1回どちらか一方の制度を利用することができます。両方の制度を利用することはできません。

万一、両方の制度を利用された場合は、人間ドック受診費用が全額自己負担になりますので、ご注意ください。

| | 特定健診(家族健診) | | 人間ドック |
|--------------------|---|-----|---|
| | 施設型 | 巡回型 | |
| 健診コース | ハピルス特定健診 | | ハピルス人間ドックA |
| 健診機関 | 健診予約受付センター(フリーコール)にお電話いただくか、健診予約受付サイトまたは当健保組合のホームページにて確認してください。 ※本案内には健診機関の一覧は同封しておりません。 | | |
| | 健診予約受付センター 0800-170-4898 (平日・土曜10:00~18:00) 健診予約受付サイト https://kenshin.happylth.com/sumisei  健保組合ホームページ https://www.sumisei-kenpo.or.jp/ | | |
| 受診期間 | 2027年3月31日まで | | |
| 申込み期間 | 2027年1月20日まで ※巡回型は受診希望日の前々月の20日までに申込みが必要です。 | | |
| 予約先 | ベネフィット・ワン ※提携健診機関に直接予約した場合も、必ずベネフィット・ワンへ予約内容を連絡してください。 | | |
| 予約方法 | P.3 参照 | | |
| 自己負担金 | 1,000円 | 無料 | 人間ドック費用ー補給限度額 ※年度末時点の満年齢で判定 ・35歳以上: 25,000円 ・35歳未満: 20,000円 |
| 基本項目 | <厚生労働省の定める特定健診項目> 問診・身長・体重・腹囲測定・BMI・ 血圧(収縮期・拡張期)・尿検査(尿蛋白・ 尿糖)・血液検査(AST(GOT)・ALT (GPT)・γ-Tp・HDL コレステロール・ LDL コレステロール・中性脂肪・空腹時 血糖・HbA1c) | | 人間ドック基本検査 ※詳細は健保組合のホームページ にて確認いただけます。 |
| オプション項目 ※全額自己負担 | 乳がん検査、子宮がん検査等 ※受診可能なオプション検査および料金については、予約時にご確認ください。 | | |

※基本項目の受診は必須です。オプション項目のみの受診はできませんのでご注意ください。

予約方法

施設型の予約は、直接予約と取次予約の2つの方法があります。直接予約が可能な健診機関は、当健康保険組合のホームページにてご確認ください。なお、直接予約された場合は、予約後、必ず(株)ベネフィット・ワンへ予約内容の連絡が必要です。

- ・直接予約：直接、健診機関に予約した後、(株)ベネフィット・ワンへ連絡をする方法
- ・取次予約：(株)ベネフィット・ワンを経由して予約をする方法

WEB予約(パソコン・スマートフォン)



健診予約受付サイト

<https://kenshin.happylth.com/sumisei>

※2026年度中に75歳を迎えられる方は、WEB予約をご利用いただけませんので電話予約をご利用ください。



住友生命健保
専用サイト

ログイン画面

アカウントをお持ちの方はこちら

ハピルスID

 パスワード

ログイン

ハピルスID・パスワードが不明な方はこちら

初めての方はこちら

サイトをご利用いただくためのIDおよびパスワードを登録します。

初回登録

スマートフォンをご利用の方



過去に登録がお済の方は、登録したハピルスIDとパスワードを入力してご利用ください。

初めてご利用の方はこちらから「初回登録」をしてください。(被保険者証等をご用意ください)

電話予約



健診予約受付センター

0800-170-4898 (フリーコール)

受付時間：平日・土曜 10:00~18:00 (年末年始除く)

※本人確認のため被保険者証等をお手元に準備のうえ、お電話ください。

FAX・郵送予約

P.9、11の申込書を記入のうえ、FAXまたは郵送でお申込みください。



FAX番号

089-900-8281 (有料)

※フリーコールではありません。番号をお間違いのないようご注意ください。



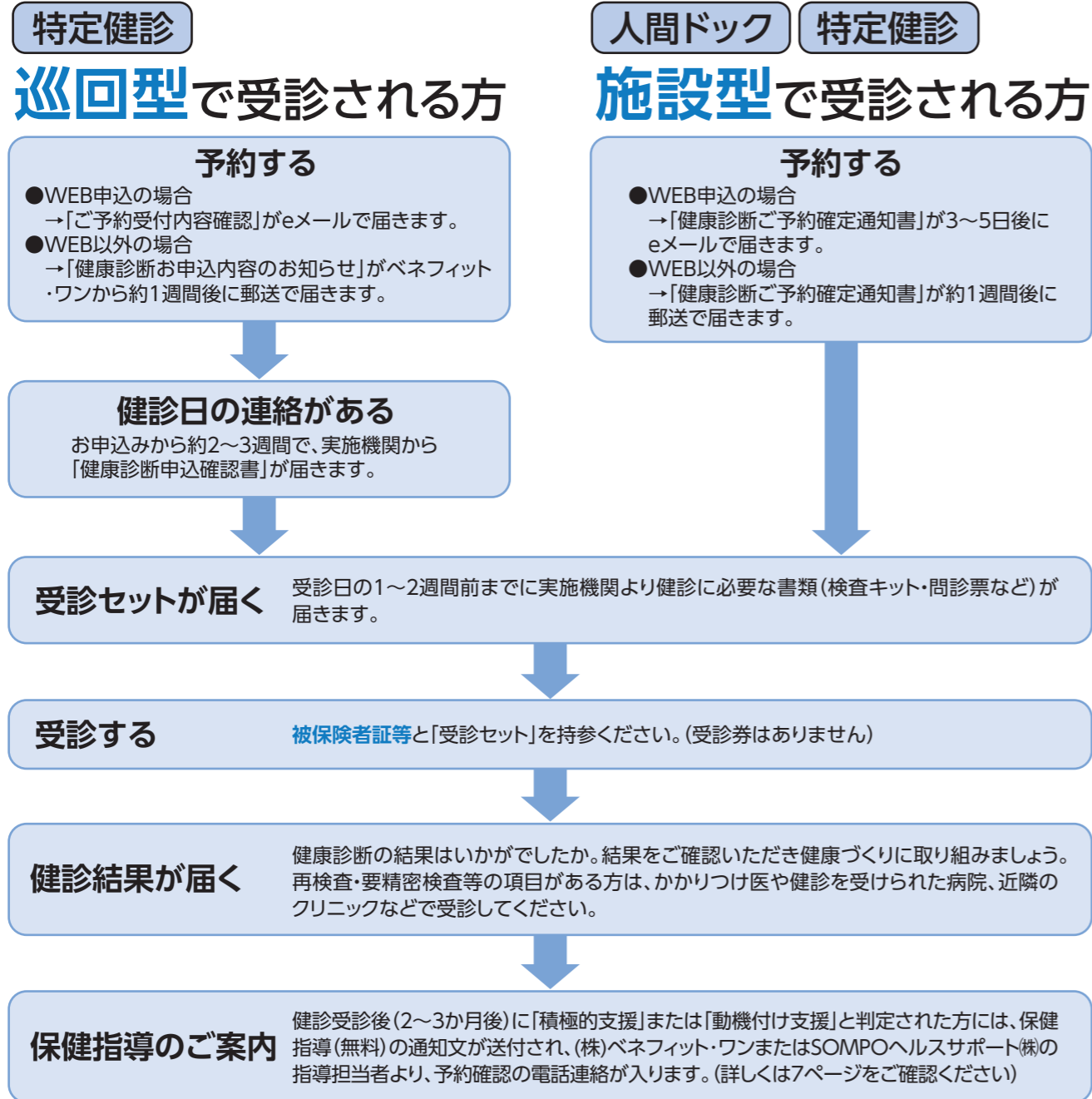
郵送先

〒790-0035

愛媛県松山市藤原2-8-8

(株)ベネフィット・ワン健診予約受付センター宛

予約申し込み～健診結果受け取りまでの流れ



留意事項

特定健診と人間ドックの両方をお申込みいただくことはできません。お申込み後にキャンセルされる場合は、健診予約受付センター 0800-170-4898 に必ずご連絡ください。変更・キャンセルについては下記をご参照ください。

巡回型健診

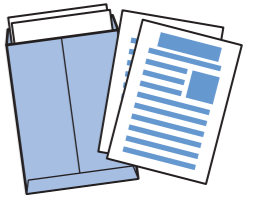
- 巡回健診実施機関から届いた「健康診断申込確認書」に記載の連絡先に変更・キャンセルの連絡をしてください。その後、ベネフィット・ワンの健診予約受付センターにご連絡ください。(TEL：0800-170-4898)

施設型健診

- 「健康診断ご予約確定通知書」を受け取られた後に予約内容の変更・キャンセルをご希望される場合は、ご自身で直接健診機関に連絡後、ベネフィット・ワンの健診予約受付センターにご連絡ください。(TEL：0800-170-4898)

パート先等で受診された「健康診断結果」ご提出のお願い

当健保組合の健診制度(特定健診・人間ドック)を利用せず、パート先、アルバイト先や個人等で健康診断を受診した40歳以上の方につきましては、健康診断結果を健保組合に提出することで、特定健診を受診したことになりマイナポータルへの健康診断結果の反映が可能になります。ご協力いただける場合は、返信用封筒・必要書類を送付いたしますので、健保組合までご連絡ください。



■ 対象者 / 提出期限

下記のいずれにも該当する方

- ・年齢基準日時点で40歳以上、かつ住友生命健康保険組合に加入している方
- ・健保組合の健診制度(特定健診・人間ドック)を利用していない方

| 健診受診日 | 年齢基準日 | 提出期限 |
|----------------------|------------|--------------|
| 2025年4月1日～2026年3月31日 | 2026年3月31日 | 2026年9月30日 |
| 2026年4月1日～2027年3月31日 | 2027年3月31日 | 2027年9月頃(予定) |

■ 連絡先

住友生命健康保険組合 特定健診担当者

06-6937-1021 ※平日10:00～15:00

■ 送付いただきたい書類

- ・特定健診問診票(健保組合から送付いたします)
- ・健診結果票*のコピー

※お電話いただく前に、健診結果票に下記の項目がすべて含まれていることをご確認ください。

| | |
|-------------|---|
| 特定健診の主な検査項目 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体計測(身長・体重・BMI・腹囲) ・血圧測定 ・脂質検査(空腹時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) ・血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c) ・肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)) ・検尿(尿糖、尿蛋白) |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・受診者名 ・受診した健診機関名 ・受診した日 ・既往歴、自覚症状、他覚症状 ・健診実施医師名 ・医師の診断(判定) |

Q. 特定健診と人間ドックどちらを受けたら良い？

特定健診は、厚生労働省が健保組合に実施を義務付けているメタボリックシンドロームに着目した健康診断です。基本健診だけなら、施設型は1,000円、巡回型は無料で受診できますが、オプション検査を複数追加されると自己負担が高額になります。より詳細な健診を希望される場合は人間ドックを受診してください。



Q. 特定健診の「受診券」が欲しい

当健保組合は、受診券を発行していません。特定健診を受診する場合は、(株)ベネフィット・ワンを通じて申込みしてください。

Q. 特定健診を提携外の医療機関で受診したい

当健保組合の特定健診は、提携の施設のみで実施しており、提携外施設で受診された場合は、全額自己負担となりますのでご注意ください。
また、提携健診機関へ直接予約後、ベネフィット・ワンへ予約内容の連絡をせず受診された場合は、提携外扱いとなり費用は全額自己負担となりますので、ご注意ください。

Q. 人間ドックを提携外の医療機関で受診したい

人間ドックは、提携外の医療機関で受診していただくこともできます。直接医療機関に予約、受診後「人間ドック補給金請求書」に必要書類を添付のうえ、健保組合に請求してください。

<必要書類>

領収書の写し、人間ドック問診票、人間ドック結果表の写し

※人間ドック補給金請求書、人間ドック問診票は健保組合ホームページから印刷してください。

※ご提出された書類は返却できませんので、原本を提出しないようご注意ください。

Q. 予約した後、受診日までに資格喪失した場合はどうなりますか

特定健診、人間ドックとも資格喪失後は受診いただくことはできません。
健診予約受付センター(0800-170-4898)に資格喪失となったことを連絡のうえ、予約をキャンセルしてください。

Q. 受診日を変更したい

予約している健診機関に直接、日程変更を行っていただき、健診予約受付センター(0800-170-4898)に変更後の日時を連絡してください。

Q. 予約をキャンセルしたい

健診予約受付センター(0800-170-4898)に連絡してください。
なお、受診日の7日前までであればWEBサイトからもキャンセルが可能です。
詳細はP.4「留意事項」をご確認ください。

特定保健指導について

特定健診(家族健診)を受診された40歳以上の方で、生活習慣病のリスクの高い人に対して特定保健指導を実施します。

メタボリックシンドロームの状態が長く続くと、生活習慣病を引き起こすリスクが高くなることわかっており、特定保健指導はその該当者および予備群を減少させるために実施するものです。

健康診断の結果と質問結果(喫煙歴の有無など)から、生活習慣病発症のリスクを判定し、保健指導対象者を3段階(情報提供・動機付け支援・積極的支援)にグループ分けします。保健指導を必要とする「動機付け支援」「積極的支援」に分類された方には、医師や保健師、管理栄養士が面接・指導を行い、各個人に合った生活習慣改善プログラムを提供します。
実施費用は健保組合が負担いたしますので、対象となった方はご参加ください。



情報提供レベル (健診結果と同時実施)

健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣の見直しきっかけとなるよう、基本的な情報を提供します。

動機付け支援レベル (原則1回の支援)

メタボリックシンドロームのリスクが出始めた方を対象とした保健指導です。対象となった方には、医師、保健師または管理栄養士による保健指導が1回行われます。保健指導により、自分の生活習慣の改善点に気づき、無理のない行動目標を立てるサポートを受けることができます。

積極的支援レベル (3か月以上継続的支援)

メタボリックシンドロームのリスクが重複している方を対象とした保健指導です。対象となった方は、医師、保健師または管理栄養士による保健指導が積極的に行われます。生活習慣を改善するために、無理のない行動目標を立て、継続して実行していくためのサポートを受けることができます。

プログラムの流れ

ご自宅に案内が届く(健診受診から2~3か月後)
【実施機関】(株)ベネフィット・ワン/SOMPOヘルスサポート(株)

WEB・電話から参加申込み

プログラム開始

① 専門家と健康相談

あなたの生活習慣に合わせて、
専門家と一緒に取り組みプラン作成!

② 生活改善スタート

日々の生活の中で実践!
困ったことがあれば、期間中に専門家へ相談できます。

③ フィードバック

あなたの取り組みや結果について専門家からフィードバック!



プログラム終了

FAX・郵送用紙（施設型）記入例

施設型

住友生命健康保険組合
健診申込書 FAX・郵送用

コード
000667 2

㈱ベネフィット・ワン
健診予約受付センター 宛

FAX: 089-900-8281

※FAX番号をお間違いないようご注意ください。
郵送先：〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8
問合せ先：0800-170-4898

※記入漏れのないよう正確にご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
※申込書はおひとりにつき一枚必要です。

個人情報の取扱いについて
※ご記入いただきます個人情報につきましては、お申込みの健診サービスご提供の目的にのみ使用いたします。 承諾する

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|----|---|-------|-------------------------------|------------------------------|--|---|----|---|--|----|---|---|---|----|---|---|---|----|---|
| 申込日 | 西暦 | 2 | 0 | X | X | 年 | 0 | 6 | 月 | 0 | 3 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者等記号・番号 | 記号 | 1 | 0 | 0 | 番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ※左詰めでご記入ください | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者氏名 | セイ | ケン | ボ | メイ | ハ | ナ | コ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 姓 | 健保 | | | 名 | 花子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 1 | 9 | 7 | 2 | 年 | 0 | 1 | 月 | 2 | 0 | 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 | <input checked="" type="checkbox"/> 女性 | | | | | | | | | | |
| 連絡先1 | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 携帯 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | 0 | 9 | 9 | - | 9 | 9 | 9 | - | 9 | 9 | 9 | 9 | | | | | | | | | | |
| 連絡先2 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | 0 | 9 | 0 | - | 9 | 9 | 9 | - | 9 | 9 | 9 | 9 | | | | | | | | | | |
| 連絡のつきやすい時間帯 | <input type="checkbox"/> 10~12時 | <input checked="" type="checkbox"/> 12~18時 | <input type="checkbox"/> 18~21時 | <input type="checkbox"/> その他 (~ 時) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 「予約確定通知」・「結果通知」等の送付先住所 | 〒 99999 - 99999 〇〇県〇〇市〇〇町 999-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望会場 健康保険組合のホームページ よりお選び下さい | 第①希望 | コード | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 7 | 健診機関名 | 〇〇病院 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 第②希望 | コード | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 健診機関名 | 〇〇健診センター | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 第③希望 | コード | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 健診機関名 | 〇〇医療センター | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診希望日 ※健診機関に予約済の方は チェックしてください。 | 申込日より2週間以上先の日程でお申込み下さい | | | | 混雑等でご希望に沿えない場合の 参考情報となります。必ずご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 第①希望 | 0 | 7 | 月 | 2 | 日 | 金 | 曜日 | ご都合のつかない曜日 (該当曜日に○をしてください) | | | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | | | | | | |
| | 第②希望 | 0 | 8 | 月 | 0 | 2 | 日 | 水 | 曜日 | ご都合のつかない月日 | | | | 6 | 月 | 14 | 日 | 6 | 月 | 22 | 日 | 6 | 月 | 30 | 日 |
| | 第③希望 | 0 | 8 | 月 | 2 | 3 | 日 | 水 | 曜日 | 手配優先順位 | | | | 希望日優先→健診機関よりも希望日を 優先し、予約いたします 健診機関優先→希望日よりも健診機関を 優先し、予約いたします | | | | | | | | | | | |
| | 第④希望 | 0 | 8 | 月 | 2 | 5 | 日 | 金 | 曜日 | <input type="checkbox"/> 希望日 | <input checked="" type="checkbox"/> 健診機関 | | | | | | | | | | | | | | |
| 第⑤希望 | 0 | 9 | 月 | 0 | 5 | 日 | 火 | 曜日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 特定健診または人間ドックのいずれかを選択の上、オプション検査にチェックしてください | | | |
|--|--------|--|---|
| 受診希望健診 ※オプション検査のみの受診はできません | 自己負担 | 受診希望健診 ※オプション検査のみの受診はできません | 自己負担 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 特定健診 | 1,000円 | <input type="checkbox"/> 人間ドック | 人間ドック費用 - 補給限度額 |
| オプション検査 | | オプション検査 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査 (医師採取) | 全額自己負担 | <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡(胃カメラ)に変更 | ※年度末時点の満年齢で判定 ・35歳以上：25,000円 ・35歳未満：20,000円 |
| <input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 | 全額自己負担 | <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査(医師採取) | 全額自己負担 |
| <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 | 全額自己負担 | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 | 全額自己負担 |
| <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 | 全額自己負担 | <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 | 全額自己負担 |

【特定健診】人間ドックをご希望の方で、上記追加検査以外を希望される場合は、右欄にご記入ください。

【注意事項】 ●FAX送信後、1週間以上経過しても健診予約受付センターから「健康診断ご予約確定通知書」が届かない場合、もしくは連絡がない場合は、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。【TEL: 0800-170-4898】
●システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。

個人情報の取扱いについて

ご本人の同意なく無断で個人情報を取得、利用又は提供いたしません。利用についてご本人の同意を得た場合でも、特定された利用目的の達成に必要な範囲でのみ使用し、また、提供を同意されない限り、第三者に提供することはありません。申込書等は、以下の事項に同意の上、ご記入ください。

- お預かりした個人情報は、健診の予約の際に提携の健診機関等へ提出します。
- 健診機関より取得したお申込者の健診結果データを含む個人情報を株式会社ベネフィット・ワンならびに委託業者にて保持・管理する場合があります。
- 住友生命健康保険組合が、お申込者の健診結果データを含む個人情報を株式会社ベネフィット・ワンより取得し、保持・管理する場合があります。
- 厚生労働省の定める「特定健康診査」項目の結果は、電子的標準様式に基づく電子データ等にて株式会社ベネフィット・ワンが回収し管理いたします。
- 皆様の健診結果は住友生命健康保険組合が取りまとめ、保健指導対象者の選定等に利用させていただきます。

お問合せ先

株式会社ベネフィット・ワン 個人情報相談窓口
電話 03-6870-3800 e-mail privacy@benefit-one.co.jp

施設型

住友生命健康保険組合
健診申込書 FAX・郵送用

コード
000667 2

(株)ベネフィット・ワン
健診予約受付センター 宛

FAX: 089-900-8281

※FAX番号をお間違いないようご注意ください。

郵送先：〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8
問合せ先：0800-170-4898

※記入漏れのないよう正確にご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
※申込書はおひとりにつき一枚必要です。

個人情報の取扱いについて
※ご記入いただきます個人情報につきましては、お申込みの健診サービスご提供の目的にのみ使用いたします。 承諾する

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|---|----|----|-----------------------------|-----------------------------|--|--|--------------|
| 申込日 | 西暦 | 2 | 0 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| 被保険者等記号・番号 | 記号 | | | | | | 番号 | | | | | | ※左詰めでご記入ください |
| 受診者氏名 | セイ | | | | | | メイ | | | | | | |
| | 姓 | | | | | | 名 | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 | | | | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 女性 | | | |
| 連絡先1 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 携帯 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | | | - | | | - | | | | |
| 連絡先2 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 携帯 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | | | - | | | - | | | | |
| 連絡のつきやすい時間帯 | <input type="checkbox"/> 10~12時 | <input type="checkbox"/> 12~18時 | <input type="checkbox"/> 18~21時 | <input type="checkbox"/> その他 (~ 時) | | | | | | | | | |
| 「予約確定通知」・「結果通知」等の送付先住所 | 〒 - | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------|-----|----|----|---|-------------------------------|--|-------|---|---|---|---|---|---|
| 希望会場 健康保険組合のホームページ よりお選び下さい | 第①希望 | コード | | | | | | 健診機関名 | | | | | | |
| | 第②希望 | コード | | | | | | 健診機関名 | | | | | | |
| | 第③希望 | コード | | | | | | 健診機関名 | | | | | | |
| 受診希望日 ※健診機関に予約済の方は チェックしてください。 | 申込日より2週間以上先の日程でお申込み下さい | | | | 混雑等でご希望に沿えない場合の 参考情報となります。必ずご記入ください。 | | | | | | | | | |
| | 第①希望 | 月 | 日 | 曜日 | ご都合のつかない曜日 (該当曜日に○をしてください) | | | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
| | 第②希望 | 月 | 日 | 曜日 | ご都合のつかない月日 | | | | 月 | 日 | 月 | 日 | 月 | 日 |
| | 第③希望 | 月 | 日 | 曜日 | 手配優先順位 | | | | 希望日優先→健診機関よりも希望日を 優先し、予約いたします 健診機関優先→希望日よりも健診機関を 優先し、予約いたします | | | | | |
| | 第④希望 | 月 | 日 | 曜日 | <input type="checkbox"/> 希望日 | <input type="checkbox"/> 健診機関 | | | | | | | | |
| 第⑤希望 | 月 | 日 | 曜日 | | | | | | | | | | | |

| 特定健診または人間ドックのいずれかを選択の上、オプション検査にチェックしてください | | | |
|---|--------|--|---|
| 受診希望健診 ※オプション検査のみの受診はできません | 自己負担 | 受診希望健診 ※オプション検査のみの受診はできません | 自己負担 |
| <input type="checkbox"/> 特定健診 | 1,000円 | <input type="checkbox"/> 人間ドック | 人間ドック費用 - 補給限度額 |
| オプション検査 | | オプション検査 | |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査 (医師採取) | 全額自己負担 | <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡(胃カメラ)に変更 | ※年度末時点の満年齢で判定 ・35歳以上：25,000円 ・35歳未満：20,000円 |
| <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 | 全額自己負担 | <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査(医師採取) | 全額自己負担 |
| <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 | 全額自己負担 | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 | 全額自己負担 |
| <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 | 全額自己負担 | <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 | 全額自己負担 |

【特定健診】人間ドックをご希望の方で、上記追加検査以外を希望される場合は、右欄にご記入ください。

【注意事項】 ●FAX送信後、1週間以上経過しても健診予約受付センターから「健康診断ご予約確定通知書」が届かない場合、もしくは連絡がない場合は、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。【TEL: 0800-170-4898】
●システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。

FAX・郵送用紙（巡回型）記入例

巡回型

住友生命健康保険組合
健診申込書 FAX・郵送用

コード
000667 1

㈱ベネフィット・ワン
健診予約受付センター 宛

FAX: 089-900-8281

※FAX番号をお間違いないようご注意ください。
郵送先: 〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8
問合せ先: 0800-170-4898

※記入漏れのないよう正確にご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
※申込書はおひとりにつき一枚必要です。

個人情報の取扱いについて
※ご記入いただきます個人情報につきましては、お申込みの健診サービスご提供の目的にのみ使用いたします。 承諾する

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------------------|----|---|---|---|---|-----------------|--------------|--------|----|-----------------------------|--|
| 申込日 | 西暦 | 2 | 0 | X | X | 年 | 0 | 6 | 月 | 0 | 3 | 日 | | | |
| 被保険者等記号・番号 | 記号 | 1 | 0 | 0 | 番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ※左詰めでご記入ください | | | | |
| 受診者氏名 | セイ | ケン | ボ | メイ | ハ | ナ | コ | | | | | | | | |
| | 姓 | 健保 | | 名 | 花子 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 1 | 9 | 7 | 2 | 年 | 0 | 1 | 月 | 2 | 0 | 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 | <input checked="" type="checkbox"/> 女性 |
| 連絡先1 | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 携帯 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | 0 | 9 | 9 | - | 9 | 9 | 9 | 9 | - | 9 | 9 | 9 |
| 連絡先2 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | 0 | 9 | 0 | - | 9 | 9 | 9 | 9 | - | 9 | 9 | 9 |
| 連絡のつきやすい時間帯 | <input type="checkbox"/> 10~12時 | <input type="checkbox"/> 12~18時 | <input checked="" type="checkbox"/> 18~21時 | <input type="checkbox"/> その他 (~ 時) | | | | | | | | | | | |
| 「お申込内容のお知らせ」・ 「健康診断申込確認書」・ 「結果通知」等の送付先住所 | 〒 | 9 | 9 | 9 | - | 9 | 9 | 9 | 9 | 〇〇県〇〇市〇〇町 999-9 | | | | | |
| 希望会場 健康保険組合のホームページ よりお選び下さい ※お申込みは受診希望月の 前々月の20日までになります | 第1希望 | コード | 0 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 7 | 会場名 | 〇〇センター | | | |
| | 第2希望 | コード | 0 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 会場名 | 〇〇センター | | | |
| | 第3希望 | コード | 0 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 会場名 | 〇〇会館 | | | |

受診希望健診・オプション検査（記載金額は自己負担（税込）です） にチェックして下さい

| | | | |
|---|---|--------|---------------|
| 受診希望健診・オプション検査 ※オプション検査のみの受診は できません | <input checked="" type="checkbox"/> 特定健診 | 0円 | 自己 負担 額 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査（医師採取） | 6,600円 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 | 7,150円 | |
| | <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 | 6,050円 | |

【注意事項】

- 時間の指定は出来かねますのでご了承ください。
- 都合によりやむを得ず健診会場および日程を変更する場合がありますので、予めご了承ください。
ご希望会場で受付ができない場合は、実施機関もしくは健診予約受付センターからご連絡いたします。
- FAX送信後、1週間以上経過しても健診予約受付センターから「健康診断お申込内容のお知らせ」が届かない場合、もしくは連絡がない場合は、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。【TEL: 0800-170-4898】
- システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。
- 各実施機関によって検査方法や検査可能条件が異なります。各実施機関から送付される案内をご確認ください。

個人情報の取扱いについて

ご本人の同意なく無断で個人情報を取得、利用又は提供いたしません。利用についてご本人の同意を得た場合でも、特定された利用目的の達成に必要な範囲でのみ使用し、また、提供を同意されない限り、第三者に提供することはありません。申込書等は、以下の事項に同意の上、ご記入ください。

- ① お預かりした個人情報は、健診の予約の際に提携の健診機関等へ提出します。
- ② 健診機関より取得したお申込者の健診結果データを含む個人情報を株式会社ベネフィット・ワンならびに委託業者にて保持・管理する場合があります。
- ③ 住友生命健康保険組合が、お申込者の健診結果データを含む個人情報を株式会社ベネフィット・ワンより取得し、保持・管理する場合があります。
- ④ 厚生労働省の定める「特定健康診査」項目の結果は、電子的標準様式に基づく電子データ等にて株式会社ベネフィット・ワンが回収し管理いたします。
- ⑤ 皆様の健診結果は住友生命健康保険組合が取りまとめ、保健指導対象者の選定等に利用させていただきます。

お問合せ先

株式会社ベネフィット・ワン 個人情報相談窓口
電話 03-6870-3800 e-mail privacy@benefit-one.co.jp

巡回型

住友生命健康保険組合
健診申込書 FAX・郵送用

コード
000667 1

㈱ベネフィット・ワン
健診予約受付センター 宛

FAX: 089-900-8281

※FAX番号をお間違いないようご注意ください。

郵送先: 〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8
問合せ先: 0800-170-4898

※記入漏れのないよう正確にご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
※申込書はおひとりにつき一枚必要です。

個人情報の取扱いについて
※ご記入いただきます個人情報につきましては、お申込みの健診サービスご提供の目的にのみ使用いたします。 承諾する

| | | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----|---|
| 申込日 | 西暦 | 2 | 0 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者等記号・番号 | 記号 | 番号 | ※左詰めでご記入ください | | | |
| 受診者氏名 | セイ | メイ | | | | |
| | 姓 | 名 | | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 連絡先1 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 携帯 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | - | - | |
| 連絡先2 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 携帯 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | - | - | |
| 連絡のつきやすい時間帯 | <input type="checkbox"/> 10~12時 | <input type="checkbox"/> 12~18時 | <input type="checkbox"/> 18~21時 | <input type="checkbox"/> その他 (~ 時) | | |
| 「お申込内容のお知らせ」・ 「健康診断申込確認書」・ 「結果通知」等の送付先住所 | 〒 | - | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|------|-----|-----|---|---|---|---|---|-----|
| 希望会場 健康保険組合のホームページ よりお選び下さい ※お申込みは受診希望月の 前々月の20日までになります | 第1希望 | コード | 希望日 | 2 | 0 | 年 | 月 | 日 | 会場名 |
| | 第2希望 | コード | 希望日 | 2 | 0 | 年 | 月 | 日 | 会場名 |
| | 第3希望 | コード | 希望日 | 2 | 0 | 年 | 月 | 日 | 会場名 |

受診希望健診・オプション検査（記載金額は自己負担（税込）です） にチェックして下さい

| | | | |
|---|--|--------|---------------|
| 受診希望健診・オプション検査 ※オプション検査のみの受診は できません | <input checked="" type="checkbox"/> 特定健診 | 0円 | 自己 負担 額 |
| | <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査（医師採取） | 6,600円 | |
| | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 | 7,150円 | |
| | <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 | 6,050円 | |

【注意事項】

- 時間の指定は出来かねますのでご了承ください。
- 都合によりやむを得ず健診会場および日程を変更する場合がありますので、予めご了承ください。
ご希望会場で受付ができない場合は、実施機関もしくは健診予約受付センターからご連絡いたします。
- FAX送信後、1週間以上経過しても健診予約受付センターから「健康診断お申込内容のお知らせ」が届かない場合、もしくは連絡がない場合は、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。【TEL: 0800-170-4898】
- システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。
- 各実施機関によって検査方法や検査可能条件が異なります。各実施機関から送付される案内をご確認ください。