8－2　巡回レディース健康診断

普段、健診を受ける機会の少ない女性のみなさまに、健康で明るい日常生活を送っていただけるよう、病気の早期発見を目的として、巡回レディース健康診断を実施しております。

(1)対象者

○被保険者証等をお持ちの「女性の被扶養者・任意継続者」に限ります。（学生は除く）

(2)健診項目

○問診、身体計測(腹囲含む)、血液検査、視力、聴力、心電図、尿検査、血圧測定、胸部X線検査

※オプション検査で胃部X線検査、乳がん検査、子宮けい部細胞診、腹部超音波検査、眼底検査も一緒に受診することができます。ただし、費用は一部自己負担になります。

(3)申込方法

○「西武健保ホームページ」から会場と日程を確認し、WEBで受診日の 40 日前までにお申し込みください。「巡回レディース健康診断申込用紙」(8-2-3 参照)を利用の場合は必要事項を記入し、受診日の 2 ヵ月前の 20 日までに全国健康増進協議会へ届くように郵送してください。

○先着順に受付をしますので、お早めにお申し込みください。

○巡回健診のため、万一定員数に満たない場合は日程が変更になる場合もありますのであらかじめご了承ください。日程変更が生じた場合は、健診機関より連絡があります。

(4)受診方法

○受診日の1週間前までに、健診機関より自宅へご案内の書類が送付されます。内容を確認し受診当日に被保険者証等と書類、検体をご持参のうえ会場へお越しください。（郵送されない場合は、全国健康増進協議会へ連絡してください。TEL. 03-5803-3377）

(5)健診費用

○基本検査無料（西武健保が、全額負担します。）

※オプション検査の追加費用は一部自己負担になります。

(6)健診会場

○毎年6月から翌年3月まで、全国で約 3,000 回以上の巡回を行っています。

（日程は「健康診断のお知らせ」および「西武健保ホームページ」でお知らせします。）

(7)健診運営

○一般社団法人　全国健康増進協議会

(8)健診機関

・北海道ブロック　・・・　北海道労働保健管理協会
・東北ブロック　・・・　杜の都産業保健会
・関東・山梨ブロック　・・・　同友会
・北陸・信越ブロック　・・・　新潟県労働衛生医学協会
・東海ブロックⅠ　・・・　聖隷福祉事業団
・東海ブロックⅡ　・・・　愛知健康増進財団
・近畿ブロック　・・・　京都工場保健会
・中国・四国ブロック　・・・　淳風会
・九州・沖縄ブロック　・・・　福岡労働衛生研究所

(9)利用限度

○1年度1回の受診に限ります。巡回レディース健康診断の受診と同年度に日帰りドック・1泊2日ドックの補助を受けることはできません。

※乳がん検査、子宮けい部細胞診は「巡回レディース健康診断」または従来の「乳がん検診」「子宮けいがん検診」のどちらかを選択することができます。

(10)注意事項

○巡回レディース健康診断を受診した場合、特定健康診査を受診したことになりますので、重ねて受診する必要はありません。(「高齢者の医療の確保に関する法律」による記録の保存のため、健診機関から西武健保に特定健康診査のデータが送られます)

○お申し込みをした時点で、健診機関が西武健保に健診結果を通知することに同意したものとさせていただきます。

○受診日に資格を喪失している場合は利用できません。受診した場合、全額自己負担になります。

○受診時に被保険者証等を持参してください。

巡回レディース健康診断申込用紙

受付は先着順のため希望の会場で受診できない場合があります。早めに申込みください。

NO.

巡回レディース健康診断申込用紙

・ボールペン等を使用し、太枠内をはっきりご記入ください
・「消せるボールペン」は使用しないでください
・個人情報の取り扱いについて**必ずご署名願います**

①健保組合	名　称	西武健康保険組合	
	記号・番号	記　号	番　号
	※被保険者証（保険証）をご確認ください。	100	12345

②受診者	受診者氏名	フリガナ	セイブ　ハナコ	被保険者との続柄 ☑ 被扶養者（学生除く） ☐ 任意継続者
		漢　字	西武　花子	
	生年月日	西暦	1970 年 8 月 9 日（53 歳）2024年3月31日時点での年齢をご記入ください	
	住　所	〒359—0037		
	※マンション等にお住まいの方は建物名・部屋番号等必ずご記入ください。	埼玉県所沢市くすのき台1 - 11 - 1		
	電話番号	04（2926）3876 090（1234）5678	日中連絡できる番号をご記入ください	

③被保険者	会社名	○○○○株式会社	所属	○○部
	被保険者氏名	西武　太郎		

④希望会場	可能な限り第3希望まで記入してください。	会場名	会場コード（9ケタ）必ずご記入ください								※お申込みは、受診希望日の前々月20日までに必着。受診希望日
	第1希望	○○センター	0	1	2	3	4	5	6	7	8	7 月 15 日
	第2希望	○○市民会館	2	3	4	5	6	7	8	9	0	9 月 23 日
	第3希望	○○ホール	4	5	6	7	8	9	0	1	2	11 月 3 日

⑤実施する基本コース（必須）とオプション検査	希望するものに○をつけてください		検査項目	自己負担（税込）	
				40歳未満の方	40歳以上の方
	基本コース	○	・基本検査	0円	0円
	オプション検査	○	・胃部X線検査（間接撮影）	5,500円	1,500円
		○	・乳房超音波検査（エコー）	3,050円	3,050円
			・乳房X線検査（マンモグラフィ）	3,600円	3,600円
			・乳房超音波検査＋乳房X線検査（両方実施）	9,650円	9,650円
		○	・子宮けい部細胞診（医師採取法）	3,050円	3,050円
			・腹部超音波検査	5,500円	5,500円
			・眼底検査	2,200円	2,200円

いずれか1つ選択

※一部の会場では乳房X線検査を実施いたしませんので、申込時に会場一覧でご確認をお願いします。
※上記以外のオプション検査の料金を追加した場合の自己負担については、健診会場でご確認ください（健保補助はありません）。
※巡回レディース健康診断を受けた年度に、人間ドックの補助を受けることはできません。
※オプションで乳房超音波検査・乳房X線検査および子宮けい部細胞診を受けた年度に、乳がん検診・子宮けいがん検診の補助を受けることはできません。

【個人情報の取扱いについて】
【利用目的】当申込書による個人情報は適正な健康診断業務を行うために実施するものです。当申込書に必要な情報の記載がない場合、適正な健康診断業務に支障をきたす恐れがありますのでご了承ください。
【委託】個人情報取扱業務の一部を外部専門機関に委託する場合がございますが、この外部機関は、当会で定めた規程に基づいて選定し、個人情報の取扱いに関する契約を交わします。
【提供】健康診断の実施主体である健康保険組合に対し、契約に基づき健診結果につきましては、提供することがあります。報告に同意されない方は、お申し出ください。
【開示・訂正】当会の管理するすべての個人情報につきましては、ご本人による開示・訂正・削除・利用停止等の権利を行使することができます。この場合は次の個人情報窓口までご連絡ください。
（お問合せ：℡03-5803-3377代表）

「個人情報の取扱いについて」同意します。

ご署名（受診者） 西武　花子

一般社団法人　全国健康増進協議会

＜申込用紙送付先＞
〒112-0002
東京都文京区小石川1-10-13　小石川文天ビル5階
一般社団法人　全国健康増進協議会
巡回レディース健康診断　担当者　行

（全国健康増進協議会利用欄）

受付	処理	完了

11077