

別紙③

令和7年度 被扶養者健診申込書

- ・健診予約後、申込書は令和7年8月31日まで（厳守）に大沢健康保険組合へ提出してください。（FAX・郵送・E-mail）
- ・日本予防医学協会ネットワーク健診を希望される方は、40に○をつけて、その下段に必要事項をご記入ください。

<受診者欄>

記号・番号	記号	番号	被扶養者の 生年月日	年	月	日
フリガナ			被保険者の氏名			
被扶養者の氏名						
住 所	〒					
			TEL:	-	-	-
			FAX:	-	-	-
		E-mail:				
健診予約日	令和 7 年 月 日		（受診期限は令和7年12月29日までです）			
※1～35の健診機関を選択した方は、予約日をご記入ください。						

<予約した健診機関> 予約した健診機関の番号に○をつけてください。

1	北海道労働保健管理協会	17	深川ギャザリアクリニック
2	北海道健康管理センター（船員保険会）	18	東京メディカルクリニック
3	筑波メディカルセンターつくば総合健診センター	19	牧田総合病院 人間ドック健診クリニック
4	三愛クリニック	20	調布東山病院 ドック健診センター
5	総合健診センター ヘルチェック（希望する機関に☑）	21	野村病院予防医学センター
	<input type="checkbox"/> 大宮センター <input type="checkbox"/> 池袋センター <input type="checkbox"/> 日本橋センター	22	新町クリニック 健康管理センター
	<input type="checkbox"/> 新宿西口センター <input type="checkbox"/> レディース新宿 <input type="checkbox"/> 川崎センター	23	神奈川県予防医学協会
	<input type="checkbox"/> 横浜東口センター <input type="checkbox"/> 横浜西口センター <input type="checkbox"/> レディース横浜	24	横浜リーフみなどみらい健診クリニック（船員保険会）
<input type="checkbox"/> ファーストプレイス横浜 <input type="checkbox"/> 横濱ゲートタワー			
6	大宮中央総合病院	25	横浜鶴ヶ峰病院附属予防医療クリニック
7	アルシェクリニック	26	川崎健診クリニック
8	柏健診クリニック	27	小澤病院
9	船橋総合病院	28	名古屋公衆医学研究所
10	東京ベイ・浦安市川医療センター	29	マリクリニック
11	東京都予防医学協会 健診センター	30	ウェルビーイング大阪堂島（日本予防医学協会附属診療所）
12	MEP南青山	31	大阪健康管理センター（船員保険会）
13	品川シーズンテラス健診クリニック（船員保険会）	32	井上病院附属診療所
14	汐留健診クリニック	33	洛和会音羽病院 健診センター
15	バリューHRビルクリニック	34	ウェルビーイング博多（日本予防医学協会附属診療所）
16	ウェルビーイング毛利（日本予防医学協会附属診療所）	35	福岡健康管理センター（船員保険会）

<上記以外の医療機関で受診を希望する場合は、40に○をつけて、下記に該当される方はご記入ください>

40	日本予防医学協会ネットワーク健診を希望する		
<p>昨年度と同じネットワーク健診機関で受診を希望される方は、以下に昨年度に受診した健診機関の場所と名称をご記入ください。 （ご記入いただいた健診機関が今年度も日本予防医学協会の提携機関である場合は、今年度の受診希望機関として日本予防医学協会へ申込の手配をいたします。）</p>			
所在地		都 道 府 県	区 市 町 村
健診機関名			
<p>★上記に記入がなかった方、および上記記載の健診機関が今年度はネットワーク健診機関として提携していない場合は、お住い周辺地域のネットワーク健診機関を案内させていただきます。</p>			

〒162-0842 東京都新宿区市谷砂土原町1-1

大沢健康保険組合 TEL:03-3268-5373 FAX:03-3268-5375 E-mail:kenpo@oskp.org