

2026年度「人間ドック補助」例外適用希望届or変更届

所属(原籍)会社			
被保険者氏名			
被保険者 記号			
被保険者 番号			

2026年度の人間ドック補助について、下記のとおり例外適用を希望します。
社員の健診受診の予定確認などの目的のため、
申請内容を健保と会社で情報共有することに同意します。（任継者除く）

いずれか該当に○を記入

☐ 今年度初めての申請	☐ 変更申請
------------------------------------	-------------------------------

(1) 例外受診を希望される方の氏名	
被保険者/被扶養者	
被保険者の場合、社員番号	

(2) 人間ドック健診医療機関			
(〒都道府県から)	郵便番号	-	
(人間ドックコース名)			
(補助対象のオプション検査名)			

(3) 健診予約システムに登録できない理由	
↓ a, b, c, dのいずれか該当に○を記入	
a ☐ 希望の健診機関が契約されていない	
(例) 治療中・経過観察中の病院で受診したいが、その病院名がリストになかった	
b ☐ 契約に無い人間ドックコースを受診したい	
(例) 半日コースの契約あるが、希望する1泊2日コースがリストになかった	
c ☐ 契約にない、補助対象オプション検査を受診したい	
(例) 人間ドックコースはリストにあるが、希望する「脳ドック」の契約が無かった	
d ☐ その他の理由による。理由は以下のとおり	
※来年度も「その他の理由」で例外を希望する場合は、6月末までに希望届を提出します。 来年度も7月以降の「その他理由（本人都合）」での例外申請は不可であることを承知のうえ、 今年度の申請をします。	

今回の希望届・変更届の申請日が7月以降の方のみ、申請が7月以降になった理由を以下に回答してください

☐ 今年度に入社・異動・転籍があったため、予定していた病院が遠くなった
--

(4) 人間ドック受診予定		年		月
---------------	--	---	--	---