

■2025 年度 人間ドック受診連絡票 兼 承諾書

※医療機関にご予約後、速やかにご提出ください。
なお、提出がないと医療機関との照合ができないため補助を受けられない場合があります。

受診対象者：受診日時点での年齢 30 歳または 35 歳以上の被保険者と被扶養者(補助は年度内に 1 回です。
※受診日に資格喪失している場合は対象外となります。

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号・番号	—	事業所名(任意継続被保険者は記載不要)	
	被保険者氏名	(フリガナ)	連絡先(日中連絡取れる連絡先)	
			内線： 携帯：	
受 診 者 情 報	受診者氏名		続柄	
	生年月日	(西暦) 年 月 日		
	受診(予定)日	(西暦) 年 月 日	受診当日年齢	歳
	受診医療機関	☐医療法人社団 新虎の門会 新浦安虎の門クリニック ☐公益社団法人 地域医療振興協会 東京ベイ・浦安市川医療センター ☐医療法人社団ちくま会 メディカルガーデン新浦安総合健診センター ☐地域医療機能推進機構 船橋中央病院 ☐医療法人 成春会 花輪クリニック ☐医療法人 普照会 井上記念病院 ☐医療法人社団 創進会 みつわ台総合病院 ☐医療法人 福生会 斉藤労災病院 ☐医療法人 鉄蕉会 亀田総合病院附属幕張クリニック ☐医療法人社団 誠警会 新東京クリニック ☐医療法人社団 康喜会 辻仲病院 柏の葉 ☐医療法人 沖縄徳洲会 鎌ヶ谷総合病院 ☐医療法人 鉄蕉会 亀田クリニック ☐医療法人財団 小畑会 浜田病院総合健診センター ☐医療法人社団 順和会 山王メディカルセンター ☐医療法人社団 こころとからだの元気プラザ ☐医療法人社団 丸の内クリニック ☐医療法人 城見会 アムスランドマーククリニック ☐医療法人 大宮シティクリニック ☐学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学成田病院 ☐【一般財団法人 京都工場保健会】 ☐総合健診センター ☐宇治健診クリニック ☐神戸健診クリニック ☐山科健診クリニック ☐札幌フジクリニック ☐摩周厚生病院 ☐釧路労災病院 ☐富士見高原病院		
	承諾書	私の検査結果についてオリエンタルランド健康保険組合が健康保持等の保健事業に活用する 目的および高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導の情報として人 間ドック受診医療機関より提供を受けることに同意し、承諾した証として署名いたします。 (西暦) 年 月 日 受診者署名		

・受診医療機関は、□にチェックを入れてください。

受 付 日