

■2026 年度 人間ドック受診連絡票 兼 承諾書

※医療機関に予約後、速やかにご提出ください。

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。

注：補助が受けられる基本項目・オプション内容は医療機関によって異なります。

詳しくは医療機関に確認する、または当オリエンタルランド健康保険組のHPをご確認ください。

受診対象者：受診日当日の年齢が30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 (ビシ 初ネム 不可)	(フリガナ)		連絡先(日中連絡取れる連絡先)	
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	受診日当日の 年齢	歳
	受診医療機関	<input type="checkbox"/> 医療法人社団 新虎の門会 新浦安虎の門クリニック <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 地域医療機能推進機構 船橋中央病院 <input type="checkbox"/> 医療法人 成春会 花輪クリニック <input type="checkbox"/> 医療法人 普照会 井上記念病院 <input type="checkbox"/> 医療法人社団 創進会 みつわ台総合病院 <input type="checkbox"/> 医療法人 福生会 斉藤労災病院 <input type="checkbox"/> 医療法人 鉄蕉会 亀田総合病院附属幕張クリニック <input type="checkbox"/> 医療法人社団 誠警会 新東京クリニック <input type="checkbox"/> 医療法人社団 康喜会 辻仲病院 柏の葉 <input type="checkbox"/> 医療法人 沖縄徳洲会 鎌ヶ谷総合病院 <input type="checkbox"/> 医療法人 鉄蕉会 亀田クリニック <input type="checkbox"/> 医療法人財団 小畑会 浜田病院総合健診センター <input type="checkbox"/> 医療法人社団 順和会 山王メディカルセンター <input type="checkbox"/> 医療法人社団 こころとからだの元気プラザ <input type="checkbox"/> 医療法人社団 丸の内クリニック <input type="checkbox"/> 医療法人 城見会 アムスランドマーククリニック <input type="checkbox"/> 医療法人 大宮シティクリニック <input type="checkbox"/> 医療法人 菱秀会 金内メディカルクリニック <input type="checkbox"/> 医療法人財団 綜友会 新宿ファーストタワークリニック <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 総合健診センター <input type="checkbox"/> 宇治健診クリニック <input type="checkbox"/> 神戸健診クリニック <input type="checkbox"/> 山科健診クリニック <input type="checkbox"/> 札幌フジクリニック <input type="checkbox"/> 摩周厚生病院 <input type="checkbox"/> 釧路労災病院 <input type="checkbox"/> 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。