

令和7年11月20日

令和8年度人間ドックの受診を伊勢赤十字病院で希望される皆様方へ

三重交通健康保険組合

今般、伊勢赤十字病院から令和8年度人間ドックについて、上限75名の日程連絡がありました。

つきましては、令和8年度人間ドック受診を同病院で希望される方のみ先行して申込を受付し、枠数を超える申込者があった場合、抽選の上決定いたします。（抽選結果は各人宛連絡いたします）また、後日の日程変更も不可のため、確実に指定日に受診していただける方のみお申込下さい。

希望される方は、「伊勢赤十字病院専用申込書」にて事業所経由でお申込下さい。

記

1. 「受診希望申込書」受付期間

令和7年11月25日(火)～12月9日(火) 健保必着

2. 受診日 別紙「令和8年度人間ドック受診日一覧」をご確認ください。

3. 個人負担額 被保険者：17,050円 配偶者：17,050円

4. 受診資格 令和8年4月1日現在で35歳以上の被保険者・被扶養配偶者

6. その他

- ・申込書の記号番号は健康保険組合へお問合せいただいてもお答えできませんので、マイナポータルや資格確認書でご確認ください。
- ・申込書は第3希望までお書きください。
- ・第3希望でも不可だった場合で日程にこだわらない方のみ、申込用紙の所定の欄へ○印をおつけください。
- ・ご夫婦で必ず同日に受診できるとは限りません。ご了承下さい。
- ・来年度の契約によっては、上記個人負担額が変更になる場合があります。その場合は1月に別途ご案内をさせていただきます。

以上

ご不明な点は三重交通健康保険組合までお問合せください。

TEL:059-225-9036

令和8年度人間ドック伊勢赤十字病院専用申込書（兼同意書）
（令和8年4月1日現在、満35歳以上）

以下の内容をご確認（✓チェック）のうえ、お申込みください。

- ・健診結果が要精密検査となった場合は、必ず精密検査を受ける必要があります。
- ・受診日に都合が悪くなった場合は早めに医療機関へ連絡し、再予約する必要があります。

☐ 上記の内容を確認し申込みます。

事業所名 (三重交通は営業所名)	記号 - 番号	被 保 険 者 名		☐ 男 ☐ 女
	—			
フリガナ			☐ 男 ☐ 女	☐ 被保険者 ☐ 被扶養配偶者
受診者名				
生年月日	昭和 平成 年 月 日			
郵送物送付先住所 (郵便番号、番地建物名 まで詳しく)	〒 —			
電 話 番 号	() —			
第1希望日	月 日 ()			
第2希望日	月 日 ()			
第3希望日	月 日 ()			
第4希望日	日程にこだわらない場合のみ○印を右へ記入して下さい(※)			

*別紙受診日一覧の日程に限ります。

*記号番号は健康保険組合へお問い合わせいただいてもお答えできません。

マイナポータルや資格確認書にて、ご自身でご確認をお願いします。

*受診希望日については、第3希望までご記入下さい。

人 間 ド ッ ク 結 果 報 告 同 意 書

私が伊勢赤十字病院において受診する健診結果等を、三重交通健康保険組合へ報告することを
同意します。

ただし、この結果使用に関しては、次に示す（使用目的の範囲）に限るものとします。

（使用目的）

- ① 受診者の健康支援等に利用する。
- ② 緊急を要する場合、精密検査の受診勧奨のために、事業所へ連絡する。
ただし、連絡は受診勧奨のためであり、結果内容に関しては連絡しない。

令和 7 年 月 日

受診者名（自筆）

.....