

健診概要 【配偶者(被扶養者)】

2027年3月31日時点で35歳以上の方～74歳

オリックスグループ健康保険組合
事務委託先 株式会社イーウェル



予約期間

2026年3月2日～2027年1月31日



受診期間

2026年4月1日～2027年3月31日

上記期間以外での予約・受診はできません

35歳になる方は3月中旬から、中途加入の方はオリックスグループ健康保険組合の手続き完了翌月中旬から予約可能

健診コース・補助上限額・自己負担額			(税込)
健診コース	イーウェル 一般健診A1コース	どちらか選択	イーウェル 人間ドックAコース
		女性	男性
最低自己負担額	無料	4,500円	4,500円
検査項目	問診・診察、身体測定等、胸部検査、聴力、尿検査、血液一般、生化学検査、心電図検査、便潜血検査	胃部検査を含む健診機関オリジナルの日帰り人間ドック	
補助対象オプション	—	胃カメラ（胃部内視鏡検査）への変更	
Aコース+胃カメラ 補助上限額	—	52,000円	52,000円
婦人科検診補助 対象オプション	—	子宮頸部細胞診 マンモグラフィ 乳房エコー NEW HPV検査	—
婦人科補助上限額	—	合計25,000円	—

2026年度
より変更

2026年度
より追加

2026年度
より変更

※ 補助対象オプションの追加を希望される場合は、人間ドック予約と同時に健診機関へ予約してください
上記以外のオプションを予約・受診する場合、費用は全額自己負担となります

※ 自己負担額を差引いた額が補助上限額を超える場合、差額は自己負担額に加算されます

脳検査補助オプション		(税込)
補助年齢条件	2027年3月31日時点 35・40・45・50・53・56・59・62・65・68・71・74歳	
自己負担額	脳検査金額が60,000円以下⇒自己負担額 料金の50% 1円未満切捨 脳検査金額が60,000円以上⇒自己負担額 30,000円超過分	

※ 補助年齢条件は、年度末の年齢が基準です。受診日基準ではありません 脳検査補助対象年齢早見表ご参照
補助年齢条件以外の方が脳検査を受診する場合、費用は全額自己負担となります

※ 脳検査は2028年度（2029年3月31日）をもって補助終了予定

- ・ 受診日にオリックスグループ健康保険組合の資格がない場合は受診できません
受診された場合(遡り削除含む)、**健診に関わる全ての費用**を負担していただきます
- ・ 人間ドックAコースは、健診機関によってコース・オプション費用が異なります
自己負担額は(株)イーウェルから届く『受診券又は完了メール』をご確認ください
- ・ 自己負担額は、受診日当日窓口でお支払いください



[申し込みから受診までの流れ]

パソコン・スマートフォンなら
手続きが、短時間で完了

パソコン・スマートフォンの場合

準備 KENKOBOXの初回登録がお済みでない方は
KENKOBOXにアクセスし初回登録 <https://www.kenkobox.jp/>
オリックスグループ健康保険組合ホームページ
<https://www.ogkenpo.or.jp/> からもアクセスできます



① 希望する健診機関を選択する

KENKOBOX にログインし、「健診の申込/受診券発行」から検索 又は
オリックスグループ健康保険組合ホームページ から確認
トップページ〉 保養所&健診 〉 35歳以上イーウェル人間ドックA・健康診断A1 〉
手続き 〉 予約方法STEP1 「健診機関リスト」

② 健診機関へ直接、電話又はインターネットで予約する

健診の実施に関する内容でご不明な点は、健診機関へご相談ください

健診期間に
伝える内容

- オリックスグループ健康保険組合 に加入していること
- 受診希望の日程、追加・変更したいオプション検査（追加・変更は任意です）
- 代行機関が (株)イーウェル であること
- 健診コース

③ 受診券を申し込む



健診機関へ予約後、すぐに

KENKOBOXにログインし、「健診の申込/受診券発行」から手続きを行ってください
手続き後、1週間程度で(株)イーウェルから「受診券発行完了メール」が届きます

パソコン

「KENKOBOX」にログインし、受診券ファイルを印刷

スマートフォン

受診券発行完了メールに記載の予約番号を保管
受診券は発行されません



※写真はイメージです。

④ 健診を受ける

持ち物

- 受診券又は受診券に記載の予約番号
- マイナンバーカード（マイナ保険証）または資格確認書
- 自己負担額
- 問診票、検体容器等 健診機関の案内をご確認ください。

変更・キャンセルする場合：

健診機関へ「変更」または「キャンセル」の連絡後、

KENKOBOXにログインし「申込内容の確認・変更・キャンセル」より手続きを行ってください

手続き・操作お問い合わせ：

(株)イーウェル 健康サポートセンター 電話 0570-057091

受付時間 9：30～17：30 休業日：日曜・祝日・12/29～1/4



[申し込みから受診までの流れ]

FAX・郵送の場合



2週間以上前に
手続きが必要

① 希望する健診機関を選択する

オリックスグループ健康保険組合ホームページ <https://www.ogkenpo.or.jp/>
(トップページ) 保養所&健診 > 35歳以上イーウェル人間ドックA・健康診断A1 >
手続き > 予約方法STEP1「健診機関リスト」

インターネット環境が無く、利用可能な健診機関を確認できないなどお困りの場合は
(株)イーウェル 健康サポートセンター 電話 0570-057091 へお問い合わせください。
受付時間9:30~17:30 休業日:日曜・祝日・12/29~1/4

② ご自身で直接、健診機関へ予約する



受診日まで余裕をもった日程で

健診の実施に関する内容でご不明な点は、健診機関へご相談ください

健診期間に
伝える内容

- オリックスグループ健康保険組合 に加入していること
- 受診希望の日程、追加・変更したいオプション検査（追加・変更は任意です）
- 代行機関が (株)イーウェル であること
- 健診コース

③ 受診券を申し込む



健診機関へ予約後、すぐに

「受診券発行依頼書」の記入方法を参考に、ご記入ください

「受診券発行依頼書」をFAXまたは郵送で(株)イーウェルへ送付してください

FAX 0570-057021

上記のFAX番号がご利用いただけない場合は [03-6659-7900]

郵送 〒137-8691 日本郵便株式会社 新東京郵便局郵便私書箱203号

株式会社イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係

手続き後、2週間程度でFAXまたは郵送で「受診券」が届きます

FAX番号が記入された場合、FAXが届きます

④ 健診を受ける

持ち物

- 受診券又は受診券に記載の予約番号
- マイナンバーカード（マイナ保険証）または資格確認書
- 自己負担額
- 問診票、検体容器等 健診機関の案内をご確認ください。

変更・キャンセルする場合・・・健診機関へ「変更」または「キャンセル」の連絡後、
(株)イーウェル 健康サポートセンター（TEL:0570-057091）へ連絡してください

2026 年度 脳検査補助対象年齢 早見表

年齢は受診日当日ではなく 2027 年3月31日時点の年齢が基準となります

以下の生年月日に当てはまる方は補助の対象です

5年に1回補助

35 歳 1991 (平成 3)年4月1日～ 1992 (平成 4) 年3月31日生まれの方
40 歳 1986 (昭和 61)年4月1日～ 1987 (昭和 62) 年3月31日生まれの方
45 歳 1981 (昭和 56)年4月1日～ 1982 (昭和 57) 年3月31日生まれの方

3年に1回補助

50 歳 1976 (昭和 51)年4月1日～ 1977 (昭和 52) 年3月31日生まれの方
53 歳 1973 (昭和 48)年4月1日～ 1974 (昭和 49) 年3月31日生まれの方
56 歳 1970 (昭和 45)年4月1日～ 1971 (昭和 46) 年3月31日生まれの方
59 歳 1967 (昭和 42)年4月1日～ 1968 (昭和 43) 年3月31日生まれの方
62 歳 1964 (昭和 39)年4月1日～ 1965 (昭和 40) 年3月31日生まれの方
65 歳 1961 (昭和 36)年4月1日～ 1962 (昭和 37) 年3月31日生まれの方
68 歳 1958 (昭和 33)年4月1日～ 1959 (昭和 34) 年3月31日生まれの方
71 歳 1955 (昭和 30)年4月1日～ 1956 (昭和 31) 年3月31日生まれの方
74 歳 1952 (昭和 27)年4月1日～ 1953 (昭和 28) 年3月31日生まれの方



KENKOBBOXでは、脳検査補助対象年齢の方に限り、オプション検査「脳検査」を追加可能な健診機関をご確認いただけます

ご希望の方は、人間ドック予約と同時に健診機関へ予約の上、受診券発行を申し込む際にオプション検査「脳検査」を追加ください
脳検査補助対象年齢以外の方は、オプションとして表示されません

脳検査補助は2028年度（2029/3/31）で終了予定です

〈施設健診専用〉

2026年度 受診券発行依頼書

88611

- 注意事項 ※お申し込みの際には[個人情報のお取り扱いについて]に同意の上、お申し込みください。
 ※欄外に記入された通信文に対する回答は出来かねます。
 ※健診機関へ予約されていない場合、受診ができません。
 ※予約完了後に、以下太枠内の項目に漏れなく記入の上、FAXまたは郵送で(株)イーウェルまでお送りください。
 ※郵送の到着確認は投函後10日程度要しますので予めご了承ください。

□ 健診機関へのご予約はお済みですか？

記入日 月 日

[1] 予約した健診機関情報・健診内容をご記入ください

健診機関コード	<input type="text"/>	※ 健診機関コード4桁が正しく記入されていない場合、当日受診ができない場合がございます。	
受診予約日時	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 <input type="text"/> 分~
健診内容 ご予約のコース・ オプションに☑を 入れてください	健診コース		オプション検査 注記1
	<input type="checkbox"/> 020. イーウェル人間ドックAコース <input type="checkbox"/> 014. イーウェル一般健診A1コース <small>※被扶養配偶者のみ ※当コースは右記オプション検査の内、 「脳検査」のみ選択可能</small>	<input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査 <small>※女性のみ</small> <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ <small>※女性のみ</small> <input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 <small>※女性のみ</small>	<input type="checkbox"/> 036. 胃部内視鏡検査への変更 <input type="checkbox"/> 051. 脳検査 <small>※年齢条件による 注記2</small> <input type="checkbox"/> 052. HPV <small>※女性のみ</small>

注記1 補助対象となるオプション検査

[2] 受診者様情報をご記入ください

注記2 年齢:35、40、45、50、53、56、59、62、65、68、71、74歳(2027年3月31日時点)

所属団体コード	7253	保険証記号	<input type="text"/>
所属団体名	オリックスグループ健康保険組合	保険証番号	<input type="text"/>

カナ氏名	(例) カタカナ	ハナコ	生年月日 (西暦) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	(セイ)	(メイ)	

住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	都道府県	<input type="text"/>
----	---	------	----------------------

日中連絡先 ※1	<input type="text"/>	連絡可能時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 9:30~12:00 <input type="checkbox"/> 夕方 15:00~17:30 <input type="checkbox"/> 午後 12:00~15:00 <input type="checkbox"/> いつでも可
FAX番号 ※2	<input type="text"/>		

※1 日中連絡先に(株)イーウェル健康サポートセンターからお電話する場合がございますので、勤務先電話番号を記入いただく際はご注意ください。

※2 FAX番号を記入した場合、「受診券」はFAXにて送付し郵送はいたしません。

[3] 服薬・喫煙についてご記入ください ※今回の健診は、特定健康診査を兼ねる場合がございますので、必ずお答えください。

① 血圧を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 <small>※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている</small>	<input type="checkbox"/> ①はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ (①②以外)
⑤ 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

郵送申込先

〒137-8691 日本郵便株式会社 新東京郵便局郵便私書箱203号
(株)イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係

