

NO.

巡回レディース健康診断申込用紙

※ボールペン等を使用し、太枠内をはっきりご記入ください
※「消せるボールペン」は使用しないでください

ご案内書裏面の「個人情報の取り扱いについて」の内容を理解し、個人情報の取り扱いについて同意します。ご同意いただけない場合、巡回レディース健康診断をお申込みいただけませんので、必ずご署名をお願いします。

本人署名

① 健保組合	保険証の記号・番号	名称	日本赤十字社健康保険組合		
			記号		番号

② 受診者	受診者	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者	
	氏名	漢字			<input type="checkbox"/> 被扶養者	
	生年月日	西暦	年	月	日 () 歳	2024年3月31日時点での年齢をご記入ください
	住所	<input type="text"/> - <input type="text"/> <small>※マンション等にお住まいの方は建物名・部屋番号など必ずご記入ください</small>				
	電話番号	()	()		日中連絡できる番号をご記入ください	
③ 被保険者	勤務事業所名					
	被保険者氏名					

④ 希望会場		会場名	会場コード (9ケタ) もう一度確認してください	※お申込みは、受診希望日の前々月20日までになります。 受診希望日
	第1希望		-	月 日
	第2希望		-	月 日
	第3希望		-	月 日

⑤ 実施するコースとオプション項目	↓○	項目名	年齢区分	自己負担金 (税込)
	○	基本検査 (特定健診基本項目)	-	0円
	胃部X線検査	-	5,500円	
	大腸がん検査 (便潜血2回法)	-	1,760円	
	子宮頸部細胞診 (医師採取) ※1	偶数年齢	3,550円	
		奇数年齢	6,050円	
	乳房超音波検査 (エコー) ※1	偶数年齢	1,500円	
		奇数年齢	5,500円	
	乳房X線検査 (マンモグラフィ) ※1 ※2	偶数年齢	2,600円	
		奇数年齢	6,600円	
	乳房超音波検査 + 乳房X線検査 ※1 ※2	偶数年齢	8,100円	
		奇数年齢	12,100円	
	腹部超音波検査	-	5,500円	
	眼底検査	-	1,980円	
※ 当日受付にて、契約項目以外のオプション検査をご希望された場合は別途料金が発生致します。(オプション検査料金は当日、健診会場に持参願います。)				
※1 子宮頸がん検診と乳がん検診の補助対象者は今年度、偶数年齢に達する方です。				
※2 乳房X線検査 (マンモグラフィ) は、実施していない会場がございます。「巡回レディース健診 受診会場リスト」でご確認ください。				

【個人情報の取り扱いについて】

・この申込みで収集した個人情報は健保組合と全国健康増進協議会で適正に管理し、健診と健保組合の保健事業の目的以外には使用しません。

[全健協使用欄]



受	処	完
付	理	了

1 3 9 8 7