

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 (枝番は不要)	

② 受 診 者	受診者	フリガナ		続 柄	☐ 任意継続被保険者 (本人) ☐ 被扶養者 (家族)
	氏 名	漢 字			
	生年月日	西暦 年 月 日 () 歳 2025年3月31日時点での年齢をご記入ください			
	住 所	住所欄 ※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			
③ 被 保 険 者	電話番号	() () () () 日中連絡できる番号 をご記入ください			
	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。
	第1希望			受診希望日 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	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)	3,550円
		どちらか { 乳房X線検査 (マンモグラフィ) ※1	2,600円
		選択 { 乳房超音波検査 (エコー)	1,500円
		乳房X線検査 (マンモグラフィ) ※1 + 乳房超音波検査 (エコー)	8,100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 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 付	処 理	完 了
--------	--------	--------

1 3 9 8 7