

全国巡回レディース健診申込用紙

※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 番号	健康保険 家庭（被扶養者） 0111 被保険者証 45272002342 氏名 金子 麻子 生年月日 昭和 18年 10月 11日 性別 女 被扶養者氏名 平成 26年 6月 1日 協会 太郎 〒〒〒 〒〒〒 〒〒〒 保険者番号 01101101116 被保険者氏名 全国健康増進協会 〇〇支部 被扶養者氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		名称	東海地区石油業健康保険組合	
		記号	番号			

② 受診者	受診者	フリガナ		性別	女性		
	氏名	漢字		被保険者 との続柄	被扶養者		
	生年月日	西暦 年 月 日 () 歳 2022年3月31日時点での年齢をご記入ください					
	住所	<table border="1"> <tr> <td>□□□□</td> <td>-</td> <td>□□□□</td> </tr> </table> <p>※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</p>				□□□□	-
□□□□	-	□□□□					
電話番号	() ()						
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。
	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 (特定健康診査)	1,000円
		大腸がん検査 (便潜血2回法)	0円
		子宮頸部細胞診	0円
		乳房超音波検査 (エコー)	0円
	乳房X線検査 (マンモグラフィ)	いずれかを選択 (両方の受診はできません)	0円

【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
--------	--------	--------