

同友会巡回健康診断申込用紙 FAX・郵送用

医療法人社団 同友会 集合健診事業部 集合健診運営課 宛

FAX:03-5803-2880 ※FAX番号をお間違いないようご注意ください。

郵送先:〒113-0024 東京都文京区西片1-15-10 同友会ビル7階(定型封筒に入れ、82円切手を貼付の上、ご送付ください。)
 問合せ先TEL:03-6891-2252

※お申し込みいただけるのは関東地区にお住まいの女性のご家族(40歳以上)の方になります。

■必須項目(もれなくご記入ください)

団体名称		人材派遣健康保険組合			
保険証の記号・番号		記号	番号		
受 診 者	フリガナ			被保険者 との続柄	1.被扶養配偶者
	氏名	姓)	名)		2.その他の方
	生年月日	昭和(西暦:)年 月 日()歳			2019年4月1日時点の 年齢をご記入ください
	住所	□□□□ - □□□□ 都道 市郡 府県 区 マンション名等も正確にご記入ください。			
	連絡先	ご自宅	()		
		日中連絡先(携帯等)	()		
被保険者氏名					

■希望会場(「同友会巡回健康診断日程一覧」をご覧ください。会場コードも必ずご記入ください)

※お申込みは、受診希望日の前々月20日までになります。

	会場コード	会場名	希望日
第一希望			月 日
第二希望			月 日
第三希望			月 日

■選択検査項目(ご希望の検査に○印をつけてください。特定健康診査は必須となります)

	項目名	自己負担金 (税込)	備考
○	特定健康診査	0円	
}	どちらか一方に○を記入	乳房超音波検査	被扶養配偶者のみ受診可※
		乳房マンモグラフィ検査	
	子宮頸部細胞診(医師採取)	540円	
	自己負担金合計	円	

※「乳房超音波検査」・「乳房マンモグラフィ検査」・「子宮頸部細胞診」は被扶養配偶者のみ受診可です。

被扶養配偶者でない方は、健保補助のある上記検査は受診できませんが、同友会が実施するオプション検査での受診が可能です。ご案内は受診キットに同封されますので、詳細はそちらをご確認ください。

※乳房マンモグラフィ検査は、実施していない会場がございます。同友会巡回健康診断日程一覧でご確認ください。

※自己負担金は当日受付にてお支払いください。

※お申込み後、3週間以内に受診日確定の通知を送付させていただきます。通知が届かない場合は申込用紙を受領していない可能性がございますので、必ず上記問合せ先までご連絡ください。