

# 同友会巡回健診申込用紙

★この申込用紙は、ご記入いただきましたら定型封筒に入れ、切手を貼付のうえ、下記住所へご送付ください。

〒112-0002 東京都文京区小石川1丁目12-14 日本生命小石川ビル3階 医療法人社団 同友会 集合健診事業本部 集合健診運営課 宛	TEL:03-6891-2252
--	------------------

■必須項目（もれなくご記入ください）			
団体名称	全国健康保険協会		
加入支部名	保険者番号(8桁)		
保険証の記号・番号	記号	番号	
受診者	フリガナ	性別	<input type="radio"/> 男
	氏名	性別	<input type="radio"/> 女
	生年月日	昭和 年 月 日 ( ) 歳	2027年3月31日現在の年齢をご記入ください
	続柄(資格)	1. 被扶養者	
	住所	住所欄に都道府県、市郡区を記入してください。	
日中連絡先(携帯電話番号)	( )	※健康診断に関する大切なお知らせをSMS(ショートメッセージサービス)にて通知いたしますので、携帯電話番号のご記入にご協力ください。	
被保険者	勤務事業所名		
	氏名		

■希望会場（巡回レディース健診会場一覧をご覧ください。会場コードも必ずご記入ください。）			
	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

※お申込は、受診希望日の前々月20日までにになります。

■選択検査項目（ご希望の検査に○印をつけてください。特定健康診査または協会けんぽミニドックは必須です。）					
特定健康診査 ↓○	ミニドック ↓○	項目名	自己負担金 (税込)	備考	
		どちらか 必須受診!	特定健康診査	0円	特定健康診査受診券(セット券)は当日持参必須です
			協会けんぽミニドック	10,500円	特定健康診査受診券(セット券)は当日持参必須です
		胸部X線検査(直接撮影)	1,800円	協会ミニドックを希望された方は、ミニドックの検査項目内に含まれておりますので、○の記載があった場合は○印削除させていただきます!	
		胃部X線検査(間接撮影)	6,000円		
		大腸がん検査(便潜血2回法)	2,000円		
		乳房超音波検査(エコー)	4,100円		女性のみ!
		乳房X線検査(マンモグラフィ)	6,100円		女性のみ!
		子宮頸部細胞診(医師採取)	5,100円	女性のみ!	
		自己負担金合計	円		

※乳房X線検査(マンモグラフィ)は一部会場で実施いたしません。「巡回健診会場一覧」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。

【個人情報の取り扱いについて】この申込書で収集した個人情報は健康保険組合と医療法人社団同友会で適正に管理し、巡回健康診断の目的以外には使用しません。受診日の時点で全国健康保険協会の資格がない場合には受診できません。資格喪失後に受診されますと、健康保険組合から健診費用を請求させていただきますので、ご注意ください。全国健康保険協会からの補助は、巡回健康診断または人間ドックのいずれか一方のみとなりますので、人間ドックの受診を予定されている方はご注意ください。ご提供いただいた電話番号は健康診断に関するご案内をSMS(ショートメッセージサービス)によりお知らせする目的で利用させていただきます。