

同友会巡回健康診断申込用紙

★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	☐ 男		
	氏名		姓)		名)			☐ 女		
	生年月日		昭和 年 月 日 () 歳 (西暦: 年)						2026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 マンション名等も正確にご記入ください。		- 都道 市郡 府県 区							
	連絡先(電話)		ご自宅		()					
		日中連絡先(携帯等)		()						
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日までにとなります。

■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。「巡回レディース健診 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。