

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

本人署名欄

① 健保組合	保険証番号	健康保険 家族（被扶養者） 01111 被保険者証 平成25年 6月25日交付 氏名 花子 生年月日 昭和 18年 10月 11日 性別 女 認定年月日 平成 25年 6月 11日 勤務先住所 協会 太郎 事業所住所 ○ 東京都 保険者番号 01101100116 被保険者番号 01101100116 被保険者住所 ○ 東京都	名称	全日本空輸健康保険組合	
		記号	番号 (枝番記入不要)		

② 受診者	受診者	フリガナ		該当する 続柄に ○をつけて 下さい	被扶養者
	氏名	漢字			任意継続・特例退職被保険者
	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	[] [] [] - [] [] [] []			
	※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				
	電話番号	() ()	日中連絡できる番号 をご記入ください		
③ 被保険者	会社名/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)		特記事項
			5歳刻み節目年齢の方 ※1	節目年齢以外の方 ※2	
	○	巡回レディース基本検査	0円	0円	
		乳房超音波検査	0円	1,200円	
		乳房X線検査 (マンモグラフィ) ※3	0円	1,200円	
		子宮頸部細胞診	0円	1,200円	
		胃部X線検査 (間接撮影)	4,600円	4,600円	
		大腸がん検査 (便潜血2回法)	1,760円	1,760円	
		腹部超音波検査	5,700円	5,700円	
		眼底検査	2,200円	2,200円	

※1...年度末年齢 (2025年3月31日現在) にて 20歳、25歳、30歳、35歳、40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の方
 ※2...年度末年齢 (2025年3月31日現在) にて 21歳~24歳、26歳~29歳、31歳~34歳、36歳~39歳、41歳~44歳、46歳~49歳、51歳~54歳、56歳~59歳、61歳~64歳、66歳~69歳、71歳~74歳の方
 ※3...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 受診会場リストをご確認ください。
 ※自己負担金は当日受付にてお支払いください。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上記金額の他に別途料金が発生致します。

【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	4 5 5