


## 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		名称	健康保険組合		
			記号	番号 (枝番は記入不要)		

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 2025年3月31日時点での年齢をご記入ください			
	住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	※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	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)	0円	
	オプション検査	大腸がん検査 (便潜血2回法)	0円	
		乳房超音波検査 (エコー)	いずれかを選択 (両方の受診はできません)	0円
		乳房X線検査 (マンモグラフィ)		0円
		子宮頸部細胞診	0円	
		子宮頸部細胞診 + HPV検査 ※セットでの受診となります。	5,500円	
		胃部X線検査	4,400円	
腹部超音波検査	5,500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
----	----	----

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------