

## 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。

署名欄 ※必ず受診者本人が署名してください

① 健保組合	健康保険の資格情報	名称	健康保険組合
	確認方法 ・マイナンバーカード保険証 (マイナンバーポータルの資格情報画面) ・資格確認書(有効期限内) ・資格情報のお知らせ	記号 ※マイナンバー個人番号ではありません	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 2027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 (携帯番号)をご記入 ください。	[携帯]	( )	[自宅]
	メールアドレス	@			
③ 被保険者	勤務事業所名				
	被保険者氏名				

※お申込みは、受診希望日の前々月20日必着となります。お申込み最終期限：2026年12月20日 受診期限：2027年3月10日

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	受診希望日
	第1希望		-	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	○ 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
		○を記入	どちらか選択 希望する一方に 乳房超音波検査(エコー)	0円
			乳房X線検査(マンモグラフィ)	0円
		○を記入	どちらか選択 希望する一方に 子宮頸部細胞診	0円
			子宮頸部細胞診 + HPV検査 セット	5,500円
			胃部X線検査	5,500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。  
・電話、SMS、はがきでご案内することがございます。ご同意の上お申し込みをお願いいたします。

[全健協使用欄]

受付	処理	完了
○	○	○