

巡回型 婦人科(子宮がん・乳がん)健診 申込用紙

NO.

～女性の被保険者(本人)が対象

■必須項目 (もれなく記入ください)

健康保険組合の名称		日本ハム				健康保険組合				
保険証の記号・番号		記号				番号				
受診者	フリガナ									被保険者
	氏名									
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 歳 (西暦:)								2019年3月31日時点の 年齢をご記入下さい
	住所 <small>マンション名等も正確にご記入ください。</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		都 道 府 県		市 郡 区		----- (マンション名・屋号等)		
	連絡先	電話 ()		日中連絡先 ()						
会社名										
氏名	*****									

■希望会場 (「健康診断日程一覧」をご覧ください。会場コードも必ずご記入ください。)

※お申込みは、受診希望日の前々月20日までになります。

	会場コード	会場名	希望日
第一希望	<input type="text"/>		月 日
第二希望	<input type="text"/>		月 日
第三希望	<input type="text"/>		月 日

■選択検査項目 (ご希望の検査に○印をつけてください基本検査は必須となります。)

○ ↓	項目名	自己負担金
	C-1) 乳がん(超音波検査)+子宮頸がん(細胞診)	7,300 円
	C-2) 乳がん(マンモグラフィ)+子宮頸がん(細胞診)	8,380 円
	C-3) 乳がん(超音波)のみ	1,900 円
	C-4) 乳がん(マンモグラフィ)のみ	2,980 円
	C-5) 子宮頸がん(細胞診)のみ	1,900 円
	自己負担金合計	円

※乳房マンモグラフィは、実施していない会場がございます。巡回レディーズ健診受診会場リストでご確認ください。決定会場によっては、超音波検査に変更させていただく可能性がございます。

※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。

■全健協記入欄

■全健協使用欄

受付	処理	完了