

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

① 健保組合	保険証 番 号		名 称	日本ハム健康保険組合	
			記 号	番 号 (枝番は記入不要)	

② 受 診 者	受診者 氏 名	フリガナ			被保険者 との続柄	被扶養者
		漢 字				
	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	住所欄 ※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	所属先					
	社員氏名					

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	↓○	項 目 名		自己負担金 (税込)
		Aコース (30歳～39歳)		無料
	選 択	{ どちらか 一方に○を 記入する	Bコース (40歳以上) 乳房超音波検査 (エコー)	無料
			(40歳以上) 乳房X線検査 (マンモグラフィ)	無料
	※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でご確認ください。 決定会場によっては、乳房超音波検査 (エコー) に変更させていただく可能性がございます。 ※年齢により受診コースが異なります。 ※Bコースは乳房検査の種類をお選びいただけます。 ※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。			

【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
--------	--------	--------

2 7 2 8 4