

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	東京中央卸売市場健康保険組合	
			記 号	番 号 (枝番は記入不要)	

② 受 診 者	受診者	フリガナ			続 柄	被扶養者
	氏 名	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	〒 - ※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	↓○	項 目 名	自己負担金
	○	基本検査	5,000円		子宮細胞診検査	0円
		大腸がん検査 (便潜血2回法)	0円		HPV検査 (医師採取) ※2	5,500円
		胃部X線検査	0円		腹部超音波検査	6,050円
		乳房超音波検査のみ	0円		眼底検査	2,200円
		乳房X線検査 (マンモグラフィー) のみ	0円		乳房超音波検査・乳房X線検査	6,050円

※ 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別途料金が発生致します。
※ 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。
※2 HPV検査は、子宮細胞診検査とセットでの受診となります。HPV検査のみでの受診はできません。
※ 乳房超音波検査・乳房X線検査の両方を受診する場合は、6,050円(税込)をご負担いただきます。
※ 基本検査は受診必須項目となります。

【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 1 8 4