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

下記「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し込みいただけませんので、必ずご署名をお願いします。また、男性が申込む時もこの用紙をご使用ください。

本人署名 ：

保険組合の名称		関東信越税理士国民　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		性別	男性 ・ 女性	続柄 □ 組合員 □ 家 族
	氏　名				
	生年月日	西暦 ：　年　月　日（　）歳			2022年3月31日時点の年齢をご記入下さい
	住所 マンション名等も正確にご記入ください。	□□□－□□□□ 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　（　）			
組合員名	勤務事業所名				
	氏　名				

■希望会場（「会場一覧」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			月　日
第二希望			月　日
第三希望			月　日

■受診選択可能検査項目(Aコース又はBコースどちらかを必ず選択してください)

↓○	項目名	組合負担金	自己負担金
	Aコース（特定健診対象者　40歳～74歳）	12,100円	0円
	Bコース（特定健診対象者以外　39歳以下・75歳以上）	0円	12,100円
	胃部X線検査（間接撮影）	0円	4,400円
	大腸がん検査（便潜血2回法）	0円	1,760円
	子宮頸部細胞診	0円	5,500円
	乳房X検査検査（マンモグラフィ）	0円	6,600円
	乳房超音波検査（エコー）	0円	5,500円

※ 自己負担金額が発生する方は、当日受付にて現金でお支払いください。
※ 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。会場一覧で実施している会場か、ご確認のうえお申し込みください。

【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保険組合と全国健康増進協議会で適正に管理し、健診と保険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〕

［全健協使用欄］

受付	処理	完了

一般社団法人　全国健康増進協議会