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		2026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 （ ）		
	メールアドレス	@		
組合員名	勤務事業所名			
	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。お申込み最終期限：2025年12月20日　受診期限：2026年3月31日

	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（●は基本検査に含まれております）

↓○	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）※「特定健診受診券」が発行された方	12,100円	0円
	Bコース（39歳以下・75歳以上）※4/2以降に新規加入の40～74歳の方	0円	12,100円
	胃部X線検査（間接撮影）	0円	5,500円
	大腸がん検査（便潜血2回法）	0円	1,760円
	腹部超音波検査	0円	5,500円
	子宮頸部細胞診	0円	6,050円
	子宮頸部細胞診 ＋ HPV検査	0円	11,550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	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。「健康巡回レディース健診受診会場リスト」でご確認ください。

【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健康保険組合と全国健康増進協議会で適正に管理し、健診と健康保険組合の保険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

11304

一般社団法人　全国健康増進協議会