

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

パンフレット裏面の「個人情報の取り扱いについて」をご一読いただき、個人情報の取り扱いについて同意願います。同意がない場合、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、本人署名欄に署名をお願いいたします。

本人署名

| | | | | |
|--------|-----------|----|-------------|-------------|
| ① 健保組合 | 保険証の記号・番号 | 名称 | MBK連合健康保険組合 | |
| | | | 記号 | 番号(枝番は記入不要) |

| | | | | | |
|--------|--------|-----------------------|-----------------------|--|----------|
| ② 受診者 | 受診者 | フリガナ | | 被保険者 との続柄 | 被保険者(本人) |
| | 氏名 | 漢字 | | | 被扶養者(家族) |
| | 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 | 勤務先 | | | | |
| | 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(税込) | 特記事項 | |
| | ○ | 基本検査 | 5,000円 | | |
| | 必須選択 | どちらか一方に○を記入する | 乳房超音波検査 | 0円 | |
| | | | 乳房マンモグラフィ(X線) | 0円 | |
| | | HPV検査 | 5,500円 | 子宮頸部細胞診とセットでの受診となります。 HPV検査のみでご受診はできません。 | |
| | | 腹部超音波検査 | 5,500円 | | |
| ※乳房マンモグラフィ(X線)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、乳房超音波検査に変更させていただく可能性がございます。 | | | | | |

【ご注意】年度内に他の健診との重複受診は出来ません。2回目以降の健診費用は全額自己負担となります。
 ※健診結果については当組合の保健事業に活用させていただく場合がございます。
 ※自己負担金は当日受付にてお支払いください。なお、上記以外のオプション検査を追加される場合は別途料金が発生しますので、受付でご確認ください。

【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。

| | | |
|----|----|----|
| 受付 | 処理 | 完了 |
| 1 | 3 | 6 |
| 5 | 0 | |