

同友会巡回健康診断申込用紙

★この申込用紙は、ご記入いただきましたら定型封筒に入れ、82円切手を貼付のうえ、下記住所へご送付ください。

〒113-0024 東京都文京区西片1-15-10 同友会ビル7階 医療法人社団 同友会 集合健診事業部 集合健診運営課 宛 TEL:03-6891-2252
--

■必須項目（もれなくご記入ください）

団体名称		全国健康保険協会			
保険証の記号・番号		記号	番号		
受 診 者	フリガナ				性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	姓)	名)		
	生年月日	昭和(西暦:)年 月 日 ()歳			2019年3月31日時点の年齢をご記入ください
	続柄(資格)	1. 被扶養者			
	住所	都道府県 市郡区 マンション名等も正確にご記入ください。			
	連絡先(電話)	ご自宅 ()		日中連絡先(携帯等) ()	
被 保 険 者	勤務事業所名				
	氏名				

■希望会場（「同友会巡回健康診断日程一覧」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。

	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

■選択検査項目（ご希望の検査に○印をつけてください。特定検査又はミニドックは必須となります）

特定健康診査 ↓○	ミニドック ↓○	項目名	自己負担金 (税込)	備考
		どちらか 必須受診!	特定健康診査 500円	協会けんぽ特定健康診査受診券は当日持参必須です
			協会けんぽミニドック 11,000円	協会けんぽ特定健康診査受診券は当日持参必須です
		胸部X線検査（直接撮影）	1,800円	協会ミニドックを希望された方は、ミニドックの検査項目内に含まれてますので、○の記載があった場合は○印削除させていただきます!
		胃部X線検査（間接撮影）	6,000円	
		大腸がん検査（便潜血2回法）	2,000円	
		乳房超音波検査	4,100円	女性のみ!
		乳房マンモグラフィ検査	6,100円	女性のみ!
		子宮頸部細胞診（医師採取）	5,100円	女性のみ!
		自己負担金合計	円	

※乳房マンモグラフィ検査は、実施していない会場がございます。同友会巡回健康診断日程一覧でご確認ください。

※自己負担金は当日受付にてお支払いください。