

NO.

## 巡回健康診断申込用紙

※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<br>健保組合 | 保険証等 記号 番号                                                               | 名 称 | 旭化成健康保険組合     |  |
|           | 確認方法<br>・マイナンバーカード保険証<br>(マイナポータル上)<br>・資格確認書(有効期限内)<br>・既存の健康保険証(有効期限内) | 記 号 | 番 号 (枝番は記入不要) |  |
|           |                                                                          |     |               |  |

|                  |         |                       |          |                          |                                                                                                                           |
|------------------|---------|-----------------------|----------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ②<br>受<br>診<br>者 | 受診者     | フリガナ                  |          | 性別                       | <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性                                                                   |
|                  | 氏 名     | 漢 字                   |          | 続柄                       | <input type="checkbox"/> 被扶養者 (配偶者)<br><input type="checkbox"/> 被扶養者 (配偶者以外・家族)<br><input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 (本人) |
|                  | 生年月日    | 西暦 年 月 日 ( ) 歳        |          | 2026年3月31日時点での年齢をご記入ください |                                                                                                                           |
|                  | 住 所     | <div>住所欄</div>        |          |                          |                                                                                                                           |
|                  | 電話番号    | 日中連絡できる番号<br>をご記入ください | 【自宅】 ( ) | 【携帯】 ( )                 |                                                                                                                           |
|                  | メールアドレス | @                     |          |                          |                                                                                                                           |

※お申込みは、受診希望日の前々月20日必着となります。お申込み最終期限：2025年12月20日 受診期限：2026年2月28日

|                       |      |       |                             |       |
|-----------------------|------|-------|-----------------------------|-------|
| ③<br>希<br>望<br>会<br>場 |      | 会 場 名 | 会場コード (9ケタ)<br>もう一度確認してください | 受診希望日 |
|                       | 第1希望 |       |                             | 月 日   |
|                       | 第2希望 |       |                             | 月 日   |
|                       | 第3希望 |       |                             | 月 日   |

|                                                                              |    |                    |                      |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------|----------------------|---------------------------------------------------|
| ④<br>実<br>施<br>す<br>る<br>コ<br>ー<br>ス<br>と<br>オ<br>プ<br>シ<br>ョ<br>ン<br>項<br>目 | ↓○ | 項 目 名              | 自己負担金 (税込)<br>【被扶養者】 | 自己負担金 (税込)<br>【任意継続被保険者】                          |
|                                                                              | ○  | 基本検査               | 0円                   | 0円                                                |
|                                                                              |    | 胃部X線検査             | 5,500円               | 希望された<br>オプション検査の<br>左記料金の合計が<br>10,000円<br>を超えた額 |
|                                                                              |    | 胃がんリスク検査 (ペプシノーゲン) | 2,200円               |                                                   |
|                                                                              |    | 胃がんリスク検査 (ピロリ菌)    | 2,200円               |                                                   |
|                                                                              |    | 腹部超音波検査            | 5,500円               |                                                   |
|                                                                              |    | 乳房X線検査 (マンモグラフィ)   | 6,600円               |                                                   |
|                                                                              |    | 乳房超音波検査 (エコー)      | 6,050円               |                                                   |
|                                                                              |    | 子宮頸部細胞診検査          | 6,050円               |                                                   |
|                                                                              |    | 骨粗しょう症検査 (骨密度)     | 2,200円               |                                                   |
|                                                                              |    | 肝炎ウイルス検査 B型・C型     | 3,300円               |                                                   |
|                                                                              |    | P S A検査【男性のみ】      | 2,200円               |                                                   |

【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    |
| 4  | 5  | 0 0 1 |