



※記入漏れのないよう正確にご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
※申込書はおひとりにつき一枚必要です。2人以上のお申し込みの場合は、当用紙をコピーしてご利用ください。

個人情報の取扱いについて
※ご記入いただきます個人情報につきましては、ダイハツ健康保険組合の保健事業の目的にのみ使用いたします。

 承諾する

申込日	西暦	2	0	年		月		日		
健康保険証番号	※左詰めでご記入ください									
	記号					番号				
受診者氏名	セイ					メイ				
	姓					名				
生年月日	西暦	1	9	年		月		日		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
連絡先1	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先									
連絡先2	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先									
連絡のつきやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 10~12時 <input type="checkbox"/> 12~18時 <input type="checkbox"/> 18~21時 <input type="checkbox"/> その他 (~ 時)									
「お申込内容のお知らせ」 「健康診断申込確認書」 「結果通知」等の送付先住所	〒									
希望会場 「ファミリー健診のご案内」 P.8~P.39より お選び下さい ※お申込みは受診希望月の 前々月の20日までに なります	第①希望	コード								会場名
		希望日	2	0	年		月		日	
	第②希望	コード								会場名
		希望日	2	0	年		月		日	
	第③希望	コード								会場名
		希望日	2	0	年		月		日	

受診希望健診・オプション検査 (記載金額は自己負担 (税込) です) <input type="checkbox"/> にチェックしてください	
受診希望健診・オプション検査 ※オプション検査のみの受診はできません	自己負担額
<input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣病健診	¥0
<input type="checkbox"/> 腹部エコー	¥5,500
<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査 (医師採取)	¥3,500
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査	¥3,500
<input type="checkbox"/> 乳房超音波検査	¥3,500

- 【注意事項】
- 時間の指定は出来かねますのでご了承ください。
 - 都合によりやむを得ず健診会場および日程を変更する場合がありますので、予めご了承ください。
ご希望会場で受付ができない場合は、実施機関もしくは健診予約受付センターからご連絡いたします。
 - FAX送信後、1週間以上経過しても健診予約受付センターから「健康診断お申込内容のお知らせ」が届かない場合、
もしくは連絡がない場合は、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。【TEL: 0800-9199-029】
 - システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。
 - 各実施機関によって検査方法や検査可能条件が異なります。各実施機関から送付される案内をご確認ください。