



※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。

個人情報の取り扱いについて
 ※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

健康保険番号 記号 番号 ※左詰めでご記入ください

受診者氏名 セイ メイ 姓 名

生年月日 西暦 1 9 年 月 日 性別 男性 女性

連絡先1 自宅 携帯 勤務先

連絡先2 自宅 携帯 勤務先

連絡のつきやすい時間帯 10~12時 12~18時 18~21時 その他 (~ 時)

「予約確定通知」「結果通知」等の送付先住所 〒

希望健診機関
 「ファミリー健診のご案内」P.66~P.81よりお選び下さい
 第①希望 コード 健診機関名
 第②希望 コード 健診機関名
 第③希望 コード 健診機関名

受診希望日
 申込日より2週間以上先の日程でお申込み下さい
 混雑等でご希望に沿えない場合の参考情報となります。下記を必ずご記入ください。
 第①希望 月 日 曜日
 第②希望 月 日 曜日
 第③希望 月 日 曜日
 第④希望 月 日 曜日
 第⑤希望 月 日 曜日
 ご都合のつかない曜日 (該当曜日に○をしてください) 月 火 水 木 金 土
 ご都合のつかない月日 月 日 月 日 月 日
 手配優先順位
 希望日 健診機関
 希望日優先→健診機関よりも希望日を優先し、予約いたします
 健診機関優先→希望日より健診機関を優先し、予約いたします

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) にチェックしてください 自己負担額

共通	生活習慣病健診	<input type="checkbox"/>	0円		
	人間ドック (胃部X線)	<input type="checkbox"/>	健診費用-健保補助額		
	人間ドック (胃部内視鏡経口)	<input type="checkbox"/>	健保補助額は健診費用(税込)の60%(補助上限25,500円)		
	人間ドック (胃部内視鏡経鼻)	<input type="checkbox"/>	56,60,64歳の方は無料		
	腹部超音波検査	<input type="checkbox"/>	全額自己負担		
	ABC検診	<input type="checkbox"/>	全額自己負担		
男性	前立腺がん検診	<input type="checkbox"/>	0円		
女性	子宮頸部細胞診検査	<input type="checkbox"/>	0円		
	乳がん検診	30歳~39歳	マンモグラフィ検査	<input type="checkbox"/>	全額自己負担
			乳房超音波検査	<input type="checkbox"/>	0円
		40歳以上	マンモグラフィ検査	<input type="checkbox"/>	0円
			乳房超音波検査	<input type="checkbox"/>	全額自己負担

上記検査以外のオプションをご希望される場合は、右欄にご記入ください。

【注意事項】 ●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「健康診断のご予約確定通知書」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。

(切り取り)