



FAX: **089-900-8281**

※FAX番号をお間違いないようご注意ください。

郵送先: 〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8  
 (株)ベネフィット・ワン健診予約受付センター宛  
 問合せ先: ☎0800-9199-029

※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) |    |                             |                             |  |  |  |
| 「予約確定通知」<br>「結果通知」等の<br>送付先住所                    | 〒                               |                                 |                                 |                                |                               |                                            |                                  |    |    |                             |                             |  |  |  |
| 希望健診機関<br>「ファミリー健診のご案内」<br>P.58~P.75より<br>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<br>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                             | ご都合のつかない曜日<br>(該当曜日に○をしてください) |                                            |                                  |    |    |                             |                             |  |  |  |
|                                                  | 第②希望                            | 月                               | 日                               | 曜日                             | 月                             | 火                                          | 水                                | 木  | 金  | 土                           |                             |  |  |  |
|                                                  | 第③希望                            | 月                               | 日                               | 曜日                             | ご都合のつかない月日                    |                                            |                                  |    |    |                             |                             |  |  |  |
|                                                  | 第④希望                            | 月                               | 日                               | 曜日                             | 手配優先順位                        |                                            | 希望日優先→健診機関よりも希望日を<br>優先し、予約いたします |    |    |                             |                             |  |  |  |
| 第⑤希望                                             | 月                               | 日                               | 曜日                              | <input type="checkbox"/> 希望日   | <input type="checkbox"/> 健診機関 | 健診機関優先→希望日より健診機関を<br>優先し、予約いたします           |                                  |    |    |                             |                             |  |  |  |

| 受診希望健診・オプション検査<br>(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 |                 |         |           |  | 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<br>健保補助額は健診費用(税込)<br>の60%(補助上限25,100円) |
|                                                                          | 人間ドック (胃部内視鏡経口) |         |           |  | <input type="checkbox"/> | 56,60,64歳の方は無料                                    |
|                                                                          | 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)