ダイキン工業健康保険組合
健診申込書　郵送・FAX用
（株）ベネフィット・ワン
健診予約受付センター宛

巡回型
〈被扶養者〉

FAX:0800-9199-030（フリーコール）
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（フリーコール）

●下記枠内にもれなくご記入いただき、郵送もしくはFAXください。

●郵送もしくはFAX送信後、1週間程度で受付センターからご連絡いたします。1週間以上経過しても健診予約受付センターから連絡がない場合は、郵送ができていない、もしくはFAX送信エラーの可能性がございますので、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）

2026年12月20日までに下記ご記入の上、ご提出をお願いいたします

ダイキン健保の家族健診ガイドブックP13、もしくは当健保ホームページに掲載の健診・保健指導等における「個人情報の取扱い」について同意の上、健診を申込みます。	☐ 同意して申し込む

申込み日	2026年			月			日	FAX 24時間受付	0800-9199-030（フリーコール）※FAX番号をお間違いないようご注意ください。									
フリガナ※必須																		
受診者氏名 ※必須								生年月日 ※必須	☐昭和 ☐平成			年			月			日	性別 ※必須	☐男 ☐女
								健康保険証記号 ※必須						健康保険証番号 ※必須				
事前送付物送付先住所（検査キット・予約確認書等）※必須	〒 ☐☐☐ － ☐☐☐☐ ※ご希望の受診コースによっては事前に健診機関または弊社からご郵送物をお送りさせていただく場合がございます。ご自宅やご勤務先などの住所をご記入ください。																	
ご連絡先電話番号	連絡先① ※必須	☐自宅 ☐勤務先 ☐携帯	－ －	つながりやすい時間帯	☐10時～12時 ☐12時～18時	☐18時～21時 ☐いつでも可												
	連絡先②	☐自宅 ☐勤務先 ☐携帯	－ －	つながりやすい時間帯	☐10時～12時 ☐12時～18時	☐18時～21時 ☐いつでも可												
メールアドレス																		

受診希望検査・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
受診希望検査 ※必須	必須	☑生活習慣病健診A1	全年齢		無料
	オプション検査	☐胃部X線検査	30歳以上		2,000円
		☐大腸便潜血反応	30歳以上		500円
		☐乳がんマンモグラフィ	30歳以上	いずれか1つのみ選択可	無料
		☐乳がんエコー	30歳以上		無料
		☐子宮頚部細胞診	20歳以上		無料
受診希望オプション（任意・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。				

希望会場 ※必須	第1希望	コード											会場名	
		希望日												
	第2希望	コード											会場名	
		希望日												
	第3希望	コード											会場名	
		希望日												