

●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)

2027年1月31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						生年 月日 ※必須	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	性別 ※必須	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
受診者氏名 ※必須						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	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
※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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	-	-	つながりやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 10時～12時 <input type="checkbox"/> 12時～18時	<input type="checkbox"/> 18時～21時 <input type="checkbox"/> いつでも可					
	連絡先②	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	-	-	つながりやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 10時～12時 <input type="checkbox"/> 12時～18時	<input type="checkbox"/> 18時～21時 <input type="checkbox"/> いつでも可					
メールアドレス												

※受診コースにより、受診可能医療機関が異なります。提携医療機関リストをご参照ください。
 ※リスト以外の医療機関で受診することはできません。

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。

受診希望コース ※いずれか1つ ※必須	ど ち え ら か に	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診A1 全年齢 (無料)				<input type="checkbox"/> 人間ドック 40歳以上 (20,000円) ※大腸便潜血検査は含む						
		オ プ シ ョ ン 検 査	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査	30歳以上	いずれか 1つのみ 選択可	2,000円	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査	いずれか 1つのみ 選択可				
			<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査(経口)	30歳以上		2,000円	<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査(経口)					
			<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査(経鼻)	30歳以上		2,000円	<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査(経鼻)					
			<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査・鎮静剤	30歳以上		無料	<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査・鎮静剤					
			<input type="checkbox"/> 大腸便潜血反応	30歳以上		500円	<input type="checkbox"/> 乳がんマンモグラフィー	いずれか 1つのみ 選択可				
			<input type="checkbox"/> 乳がんマンモグラフィー	30歳以上	いずれか 1つのみ 選択可	無料	<input type="checkbox"/> 乳がん乳房エコー					
			<input type="checkbox"/> 乳がん乳房エコー	30歳以上		無料	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診					
<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診	30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。											
希望健診機関 ※必須	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				

2027年3月末日までの期間で希望日をご記入ください

受診希望日 ※必須	第1希望			月			日	曜日	左記の受診日以外での希望条件 混雑時でご希望に添えない場合の参考情報となりますので、必ずご記入ください。			
	第2希望			月			日	曜日				
	第3希望			月			日	曜日	ご都合のつかない曜日	月・火・水・木・金・土		
	第4希望			月			日	曜日	ご都合のつかない月日	月 日	月 日	月 日
	第5希望			月			日	曜日	手配優先順位	<input type="checkbox"/> 健診機関 <input type="checkbox"/> 希望日		
	第6希望			月			日	曜日				