

●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。	<input type="checkbox"/> 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 (10,000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	無料	<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		無料	<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		無料	<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	無料	<input type="checkbox"/> 乳がんマンモグラフィ	いずれか1つのみ選択可			
		<input type="checkbox"/> 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		<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
	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					