



## 〈単独がん検診コース用〉 2023年度 健診予約申込書

88328

■注意事項 ※お申込の際には案内の[個人情報のお取り扱いについて]に同意の上、お申込ください。  
※欄外に記入された通信文に対する回答は出来かねます。

記入日 月 日

▼ご希望の内容をご記入ください

健診機関コード	<input type="text"/>	※健診機関コード4桁が正しく記入されていない場合、当日受診ができない場合がございます。		
受診希望日 該当する箇所にご記入ください	簡易申込	日時指定 ※1ヵ月以上先の日程を記入してください		
	<input type="checkbox"/> いつでも可	第1希望	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	曜日指定 月 火 水 木 金 土 日	第2希望	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	第3希望	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	時間指定 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし	第4希望	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	第5希望	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし	

検査内容 ご希望の検査項目に✓を入れてください	単独検査	
	<input type="checkbox"/> 061. [単]子宮頸部細胞診検査	<input type="checkbox"/> 064. [単]胃部X線検査
	<input type="checkbox"/> 062. [単]マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 073. [単]胃部内視鏡検査
	<input type="checkbox"/> 063. [単]乳房エコー検査	

※女性のみ } 30歳以上

健保補助上限(25,000円)超過額につきましては、自己負担となります。

▼受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7137	保険証記号	<input type="text"/>
所属団体名	日野自動車健康保険組合	保険証番号	<input type="text"/>

カナ氏名	(例) カタカナ	ハナコ	生年月日 (西暦)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	(セイ)	(メイ)		

住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	都道府県	<input type="text"/>
日中連絡先 ※1	<input type="text"/>	連絡可能時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 9:30~12:00 <input type="checkbox"/> 夕方 15:00~17:30
FAX番号 ※2	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 午後 12:00~15:00 <input type="checkbox"/> いつでも可

※1 日中連絡先に(株)イーウェル健康サポートセンターからお電話する場合がございますので、勤務先電話番号を記入いただく際はご注意ください。  
※2 FAX番号を記入した場合、「受診券」はFAXにて送付し郵送はいたしません。