

2017 JALヘルシーフェスタ FAX申込書

■ 日本予防医学協会健診サポートセンター宛(JAL健保専用)

FAX 03-5213-0855

健診サポートセンター TEL 03-6758-7380 (月～金/10:00～17:30)

【申込期間】

2017年5月23日(火)～各会場開催日の3週間前まで

受診当日に資格のある方に限ります。資格喪失後は受診できません。

① 受診者情報 ※保険証をご用意の上、もれなくご記入ください。

送信日 2017年 月 日

| | | | |
|----------------------|--|------------|------------------------|
| 保険者番号 ※何れかに○ | 保険者名称 | 保険証記号 | 保険証番号 |
| 06132765 63132765 | 日本航空健康保険組合 | | |
| フリガナ | | 性別 | 被保険者様に対する続柄(○で囲んでください) |
| 受診者氏名 | | 男・女 | 本人・被扶養者・被扶養配偶者 |
| 生年月日 | 西暦 年(昭和・平成 年) 月 日 (歳) | 日中連絡先TEL: | - - |
| 送付先住所 | 自宅 | TEL FAX | - - |
| | 送付希望先 <small>※ご自宅以外を希望される場合のみ、ご記入ください</small> | TEL | - |

※住民票がない場所へ送付する場合は、〇〇様方までご記入ください。

* 同行者情報 ※複数人で同日受診希望の方は各人の申込書にそれぞれ人数・代表者名を記入の上、全員分まとめて送付願います。

同行者合計(ご自身を含む) _____ 代表者カタカナ氏名(全員の申込書に同じ代表者名をご記入ください) _____ 代表者との関係 _____
 _____ 名 _____

② 申込内容 ※ご希望の日程をご記入いただき、ご希望の健診会場に「○」印をつけてください。

| | 日程 | 健診会場 |
|-------|---------|---|
| 第1希望日 | 月 日 () | ホテルニューオータニ・成田オペレーションセンター・鎌倉プリンスホテル・ホテルオークラ東京ベイ・東京マリOTTホテル パシフィック横浜・ナビオス横浜・ホテルニューオータニ幕張・ホテルグランドパレス・東京プリンスホテル・成田ビューホテル |
| 第2希望日 | 月 日 () | ホテルニューオータニ・成田オペレーションセンター・鎌倉プリンスホテル・ホテルオークラ東京ベイ・東京マリOTTホテル パシフィック横浜・ナビオス横浜・ホテルニューオータニ幕張・ホテルグランドパレス・東京プリンスホテル・成田ビューホテル |
| 第3希望日 | 月 日 () | ホテルニューオータニ・成田オペレーションセンター・鎌倉プリンスホテル・ホテルオークラ東京ベイ・東京マリOTTホテル パシフィック横浜・ナビオス横浜・ホテルニューオータニ幕張・ホテルグランドパレス・東京プリンスホテル・成田ビューホテル |
| 第4希望日 | 月 日 () | ホテルニューオータニ・成田オペレーションセンター・鎌倉プリンスホテル・ホテルオークラ東京ベイ・東京マリOTTホテル パシフィック横浜・ナビオス横浜・ホテルニューオータニ幕張・ホテルグランドパレス・東京プリンスホテル・成田ビューホテル |
| 第5希望日 | 月 日 () | ホテルニューオータニ・成田オペレーションセンター・鎌倉プリンスホテル・ホテルオークラ東京ベイ・東京マリOTTホテル パシフィック横浜・ナビオス横浜・ホテルニューオータニ幕張・ホテルグランドパレス・東京プリンスホテル・成田ビューホテル |

<ご注意> FAXでのお申込みは希望のお時間を承れません。「予約結果通知書」に記載されているお時間が決定された時間となります。
 また、応募が定員に達し次第、お申込みを終了とさせていただきますので、予めご了承ください。

③ 受診希望内容 ※ご希望の健診コース・検査項目左側の空欄に「○」印をご記入ください。

| | ○印欄 | 健診コース・検査項目 | 自己負担額(税込) |
|-------------------------------------|-----|------------------|---|
| 健診コース※1 <small>※どちらか一つ選択</small> | | 特定健診 | 0円 |
| | | 生活習慣病Aコース | 6,600円 <small>(成田オペレーションセンターのみ 4,000円)</small> |
| オプション検査 <small>※事前申込み項目</small> | | 腹部エコー検査 | 3,500円 |
| | | 骨密度検査 | 800円 |
| 婦人科オプション <small>※複数選択可</small> | | 乳房超音波(エコー) | 0円 |
| | | マンモグラフィ(乳房X線) | |
| | | 子宮頸がん細胞診 | |
| | | 子宮頸がん細胞診&HPV検査※2 | |

<ご注意ください>

- 今年度、既にJAL健保の補助を利用して健診を受診された方は受診できません。
- 婦人科検診はいずれか1項目だけでも受診した場合は、今年度の婦人科健診の補助を利用したことになります。
- 申込状況により開催が中止となる会場もございますので、予めご了承ください。

※1 配偶者以外の被扶養者の方は、特定健診のみ受診できます。

※2 HPV検査は、事前のお申込みの方も含め、当日受付にて確認後追加となります。