

**2017年度 JALライト健康診断申込書
(横浜・成田・幕張 巡回健診専用)**

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。

送信日 2017年 月 日

■ 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)～各会場実施日の1ヶ月前まで

① 申込希望会場 ※ご希望の健診会場左側の空欄に「○」印をご記入ください。

実施医療機関 : 医療法人社団 同友会

○印欄	開催地区	健診会場	実施日程	第1希望日	第2希望日
	横浜	新横浜グレイスホテル	7月4日(火) 9月8日(金)	月 日 ()	月 日 ()
	成田	成田国際文化会館	7月22日(土)	月 日 ()	月 日 ()
	幕張	アパホテル&リゾート 東京ベイ幕張 (TKPガーデンシティ幕張)	8月8日(火)	月 日 ()	月 日 ()

<ご注意> 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。

② 受診者情報 ※被保険証をご用意の上、もれなくご記入ください。

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	被保険者欄に対する続柄(○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 19 年 (昭和・平成 年) 月 日	日中連絡先TEL:	- -
送付先住所	自宅	〒 - TEL - -	
	送付希望先	〒 - TEL - - (内線)	
(ご自宅以外を希望される場合のみ、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 _____

※同じ会場をご一緒に受診希望の方がいる場合のみ、ご記入ください。

③ 受診希望内容 ※ご希望の健診・検査名称左側の空欄に「○」印をご記入ください。

	○印欄	健診コース・検査名称	自己負担額(税込)
健診コース ※ご希望コースを1つご選択ください。		特定健診	¥0
		生活習慣病Aコース	¥3,100
婦人科オプション ※複数ご選択いただけます。		乳房超音波(エコー)	¥0
		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	

<ご注意>

●今年度、すでに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。