

No/

2017年度 婦人科健診 FAX申込書

(羽田・成田・天王洲・M1ビル)

日本航空健康保険組合

■ 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)

【お申込み期間】

2017年5月16日(火)～2018年2月27日(火)

(定員になり次第終了)

★お申込みは、各健診日の3週間前までをお願いいたします。

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 年月日

被保険者本人氏名	フリガナ	コウクウ ハナコ
		航空 花子

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。

保険者番号※何れかに○	06132765	保険者名称	日本航空健康保険組合	保険証記号					保険証番号				
	63132765			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
フリガナ	コウクウ ハナコ	性別	本人	被保険者様に対する続柄(○で囲んでください)									
受診者氏名	航空 花子	女	本人										
生年月日	西暦 1952 年(昭和・平成 27 年) 8 月 10 日 (歳)	日中連絡先TEL: 000 - 0000 - 0000											
送付先住所	自宅	〒 000 - 0000	TEL	000 - 0000 - 0000									
	送付希望先	〒 -	TEL	-									

(ご自宅以外を希望される場合のみ、ご記入ください。)

* 送付先ご住所は、正しくご記入ください。

② お申込み内容 希望会場に○印を入れ、同一会場で第1希望日～第3希望日を必ずご記入ください。

希望会場に○印を記入	開催地区	健診会場	第1希望日	第2希望日	第3希望日
<input checked="" type="radio"/>	羽田	オペレーションセンター2階	6月 22 日(水)	9月 26 日(月)	10月 19 日(水)
	羽田 (整備地区)	M1ビル	月 日()	月 日()	月 日()
	成田	オペレーションセンター3階	月 日()	月 日()	月 日()
	天王洲	【7月】16階N16A・B・C会議室 【10月以降】2階ウイングホール	月 日()	月 日()	月 日()

※受付時間はお申込み後、お電話にてご連絡させていただきます。ご希望に添えない場合もございます、あらかじめご了承ください。

③ 受診項目希望内容 ※ご希望の検査名称左側の空欄に「○」印をご記入ください。

○印欄	検査項目	自己負担額(税込)
<input checked="" type="radio"/>	乳房超音波(エコー)	0円
<input checked="" type="radio"/>	マンモグラフィ(乳房X線)	0円
	子宮頸がん細胞診	0円
<input checked="" type="radio"/>	子宮頸がん細胞診&HPV検査※	0円

※HPV検査は、事前にお申し込みの方も含め、当日受付にて確認後追加となります。

<ご注意>

- 今年度(2016年4月～2017年3月31日の期間)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。
- 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。
- 3項目とも補助利用をご希望の方は3項目を同日に受診してください。
- 妊娠中の方(妊娠の可能性のある方)はマンモグラフィ検査・子宮頸がん細胞診・HPV検査はご受診できかねます。
- オプション検査の料金につきましては、最終のご案内にてお知らせいたします。

◆ 予約変更・キャンセル・お申込み期間を過ぎてのご相談 ◆
成田健診ヘルプデスク TEL: 0476-34-3561 (平日9:00～11:30/13:00～16:00)