

平成29年度 日本航空健康保険組合 申込書(施設健診用)

■一般財団法人日本予防医学協会 健診サポートセンター 宛

注意!! この申込書では巡回健診の申込みは出来ません。

FAX 03-3635-1064

お問い合わせ TEL 03-6367-0860

■ 郵送先住所 〒135-0001 東京都江東区毛利1-19-10

※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

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○	保険者名称	保険証記号	保険証番号
06132765	日本航空健康保険組合		
63132765			
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・被扶養配偶者・被扶養者
生年月日	西暦 年(昭和・平成 年) 月 日	日中連絡先TEL: - -	
送付先住所	自宅	〒 - TEL - -	
	自宅以外を希望される場合の送付希望先	〒 - TEL - - (内線)	

※勤務先に送付希望の場合は部署名、受取人氏名を必ずご記入ください。

②申込内容

健診施設コード (施設リストをご参照ください)	健診施設名称 (正確にご記入ください)		
受診希望日 最低1ヶ月前までにお申込下さい 直接予約済みの場合 <input type="checkbox"/>	第1希望 月 日() ※直接予約済みの場合は受診日確定	受診希望日で取れなかった場合の希望条件	①受診を希望する月 月
	第2希望 月 日()		②ご都合のつかない曜日 月 火 水 木 金 土 日
	第3希望 月 日()		③ご都合のつかない月日 月 日 月 日 月 日
	第4希望 月 日()		月 日 月 日 月 日
	第5希望 月 日()		※混雑時などでご希望に添えない場合の参考情報となりますので、必ずご記入下さい。

③受診希望内容 ※健診コースはご希望コースをひとつだけお選びください。オプション検査は複数お選びいただけます。尚、「婦人がん単診」をお選びの場合、オプション検査は補助対象となりませんのでご注意ください。

健診コース ※ご希望コースに○をおつけください。	婦人科単診(複数選択可)コース	特定健診	オプション検査 ※項目により事前の申込みが必要です。また、ご利用施設によりご受診できない場合もあります。	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査(胃X線からの変更)
	子宮頸部細胞診	生活習慣病Aコース		<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診
	子宮体部細胞診	日帰り人間ドック		<input type="checkbox"/> 子宮体部細胞診
	子宮超音波(エコー)	日帰り人間ドック(女性用)		<input type="checkbox"/> 子宮超音波(エコー)
	乳房超音波(エコー)	日帰り人間ドック(男性用)		<input type="checkbox"/> 乳房超音波(エコー)
	マンモグラフィー(X線)			<input type="checkbox"/> マンモグラフィー(X線)

④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		