NO.

巡回レディース健康診断申込用紙

※ボールペン等を使用し、太枠内をはっきりご記入ください
※「消せるボールペン」は使用しないでください

ご案内書裏面の「個人情報の取り扱いについて」の内容を理解し、個人情報の取り扱いについて同意します。ご同意いただけない場合、巡回レディース健康診断をお申込みいただけませんので、必ずご署名をお願いします。

本人署名

①健保組合	保険証　記号・番号	名　称	エンターテイメント健康保険組合
	確認方法 ・マイナンバーカード保険証(マイナポータル上) ・資格確認書(有効期限内) ・既存の健康保険証(有効期限内)	記　号	番　号（枝番は記入不要）

②受診者							
受診者 氏名	フリガナ		性別	女　性	続柄	被保険者（本人）
	漢　字					
生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　）歳 2026年3月31日時点での年齢をご記入ください					
住　所 ※マンション等にお住まいの方は建物名・部屋番号など必ずご記入ください	□□□－□□□□					
電話番号 日中連絡できる番号をご記入ください	【自宅】（　　）	【携帯】（　　）				
メールアドレス	@					
③被保険者 勤務事業所名						
被保険者氏名						

※お申込みは、受診希望日の前々月20日必着となります。 お申込み最終期限：2025年11月20日　受診期限：2026年1月31日

④希望会場	会場名	会場コード（9ケタ） もう一度確認してください	受診希望日
第1希望		□□□□□-□□□□	月　日
第2希望		□□□□□-□□□□	月　日
第3希望		□□□□□-□□□□	月　日

⑤実施するコースとオプション項目		①	②	③	④
		↓○ 39歳以下 ※胃部X線検査なし	↓○ 35歳以上～39歳以下 ※胃部X線検査あり	↓○ 40歳以上 ※胃部X線検査あり	↓○ 40歳以上 ※胃部X線検査なし
基本検査（選択必須）		○ 4,950円	○ 5,500円	○ 7,150円	○ 7,150円
オプション検査（任意）	便潜血検査	1,760円	0円	0円	0円
	乳房超音波検査（エコー） どちらか一つ選択	5,500円	0円	0円	5,500円
	乳房X線検査（マンモグラフィ2方向） どちらか一つ選択	6,600円	1,100円	1,100円	6,600円
	子宮頸部細胞診検査〈20歳以上〉 どちらか一つ選択	0円	0円	0円	0円
	子宮頸部細胞診検査 ＋ HPV検査 ※セットでの受診になります〈20歳以上〉	5,500円	5,500円	5,500円	5,500円
	腹部超音波（5臓器）		0円	0円	

※上記①から④のコースにより、自己負担金額が異なります。
※表内の金額が自己負担金額（税込）となります。※乳房超音波とマンモグラフィ検査はどちらか一方のみ選択可能となります。
※上記①・④のコースをご選択の場合、腹部超音波検査を受診いただく事が出来兼ねます。

【個人情報の取り扱いについて】
・この申込みで収集した個人情報は健保組合と全国健康増進協議会で適正に管理し、健診と健保組合の保健事業の目的以外には使用しません。

[全健協使用欄]

受付	処理	完了

6 3 0 1 5