

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。必ずご署名をお願いします。

署名欄 ※必ず受診者本人が署名してください

① 健保組合	健康保険の資格情報	名称	シーイーシー健康保険組合	
	確認方法 ・マイナンバーカード保険証 (マイナポータルの資格情報画面) ・資格確認書(有効期限内) ・資格情報のお知らせ	記号 ※マイナンバー個人番号ではありません	番号 (枝番は記入不要)	

② 受診者	受診者氏名	フリガナ			被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 被扶養者(配偶者・家族) <input type="checkbox"/> 被保険者(本人)	
		漢字					
	生年月日	西暦 年 月 日 () 歳				2027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(携帯番号)をご記入ください。		[携帯]	()	[自宅]	()	
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：2027年1月20日 受診期限：2027年3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 実施するコースと選択検査項目	↓○	項目名		自己負担金(税込)	
	いずれか1つ 必須選択	基本検査(30歳)			0円
		基本検査(35歳以上)			3,000円
	選択検査項目				
	いずれか1つ 必須選択	乳房X線検査(マンモグラフィ)			0円
		乳房超音波検査(エコー)			0円
乳房X線検査(マンモグラフィ) + 乳房超音波検査(エコー)				6,050円	
※乳がん検査は選択必須です。○の記入がない場合は、乳房超音波検査(エコー)を実施させていただきます。 ※乳房X線検査(マンモグラフィ)と乳房超音波検査(エコー)両方をご希望の場合は、6,050円の負担金が発生致します。 ※乳房X線検査(マンモグラフィ)は、実施していない会場がございます。巡回レディース健診受診会場リストでご確認ください。 決定会場によっては、乳房超音波検査(エコー)に変更させていただく可能性がございます。 ※巡回レディース健診を受ける方は人間ドックを受けることは出来ません。 ※自己負担金は当日受付にてお支払いください。当日受付にて、契約項目以外のオプション検査をご希望された場合は上記金額の他に別途料金が発生致します。					

【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。
- 電話、SMS、はがきでご案内することがございます。ご同意の上お申し込みをお願いいたします。

[全健協使用欄]

受付	処理	完了
1	3	8
2	9	