

同友会巡回健康診断申込用紙

★この申込用紙は、ご記入いただきましたら定型封筒に入れ、切手を貼付のうえ、下記住所へご送付ください。

〒112-0002 東京都文京区小石川1丁目12-14 日本生命小石川ビル3階 医療法人社団 同友会 集合健診事業本部 集合健診運営課 宛	TEL: 03-6891-2252
--	-------------------

■必須項目（もれなくご記入ください）		
団体名称	全国健康保険協会	
加入支部名	保険者番号(8桁)	
保険証の記号・番号	記号 番号	
受診者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和 年 月 日 () 歳 (西暦: 年) 2025年3月31日現在の年齢をご記入ください
	続柄(資格)	1. 被扶養者
	住所	都道府県 市区 マンション名等も正確にご記入ください。
連絡先(電話)	ご自宅 ()	
	日中連絡先(携帯等) ()	
被保険者	勤務事業所名	
	氏名	

■希望会場（巡回レディース健診会場一覧をご覧ください。会場コードも必ずご記入ください。）			
	会場コード	会場名	希望日
第一希望			月 日
第二希望			月 日
第三希望			月 日

※お申込は、受診希望日の前々月20日までにとなります。

■選択検査項目（ご希望の検査に○印をつけてください。特定健康診査または協会けんぽミニドックは必須です。）				
特定健康診査 ↓○	ミニドック ↓○	項目名	自己負担金 (税込)	備考
		どちらか 必須受診!	特定健康診査 0円	特定健康診査受診券(セット券)は当日持参必須です
			協会けんぽミニドック 10,500円	特定健康診査受診券(セット券)は当日持参必須です
		胸部X線検査(直接撮影)	1,800円	協会ミニドックを希望された方は、ミニドックの検査項目内に含まれてますので、○の記載があった場合は○印削除させていただきます!
		胃部X線検査(間接撮影)	6,000円	
		大腸がん検査(便潜血2回法)	2,000円	
		乳房超音波検査(エコー)	4,100円	女性のみ!
		乳房X線検査(マンモグラフィ)	6,100円	女性のみ!
		子宮頸部細胞診(医師採取)	5,100円	女性のみ!
		自己負担金合計	円	

※乳房X線検査(マンモグラフィ)は一部会場で実施いたしません。「巡回レディース健診 会場一覧」でご確認ください。
※自己負担金は当日受付にてお支払いください。