

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
- ・個人情報の取り扱いについて必ずご署名願います

NO.

① 健保組合	名称	双日健康保険組合	
	保険証 記号・番号 【確認方法】 ・マイナンバーカード保険証 (マイナンバー上) ・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			被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者(女性本人)
		漢字				<input type="checkbox"/> 被扶養者(配偶者・家族)
	生年月日	西暦	年	月	日	(歳)
	住所	2025年12月31日時点での年齢をご記入ください				
	※マンション等にお住まいの方は建物名・部屋番号等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			
メールアドレス						@
③ 被保険者	事業所名・任意継続					
	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。 お申込み期限：2025年10月20日 受診期限：2025年12月31日

④ 希望会場	会場名	会場コード(9ケタ) 必ずご記入ください	受診希望日
	第1希望		年 月 日
	第2希望		年 月 日
	第3希望		年 月 日

⑤ 実施する基本コース(必須)とオプション検査	希望するものに○をつけてください	検査項目	自己負担(税込)
	○	・巡回レディース基本検査	0円
		・胃健診(胃部X線検査)	
		・子宮頸部細胞診	
		・便潜血検査	
	オプション検査 いずれか一つ選択	・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) セット		6,600円	
	・腹部超音波検査	5,500円	

※一部の会場では乳房X線検査(マンモグラフィ)を実施いたしませんので、申込時に会場一覧でご確認をお願いします。

※上記以外のオプション検査の料金を追加した場合の自己負担については、健診会場でご確認ください(健保補助はありません)。

【個人情報の取扱いについて】
 【利用目的】当申込書による個人情報は適正な健康診断業務を行うために実施するものです。当申込書に必要な情報の記載がない場合、適正な健康診断業務に支障をきたす恐れがありますのでご了承ください。
 【委託】個人情報取扱業務の一部を外部専門機関に委託する場合がございますが、この外部機関は、当会で定めた規程に基づいて選定し、個人情報の取扱いに関する契約を交わします。
 【提供】健康診断の実施主体である健康保険組合に対し、契約に基づき健診結果につきましては、提供することがあります。報告に同意されない方は、お申し出ください。
 【開示・訂正】当会の管理するすべての個人情報につきましては、ご本人による開示・訂正・削除・利用停止等の権利を行使することができます。この場合は次の個人情報窓口までご連絡ください。
 (お問合せ：TEL03-5803-3377代表)

「個人情報の取扱いについて」同意します。 ご署名

〔全健協使用欄〕

一般社団法人 全国健康増進協議会

受付	処理	完了

13921