

定期健康診断・特定健診 婦人科系検診・肺がん検診 申込書

受診確定日 20 年 月 日 曜日 RNO コード[]

◎申込書の太枠の中をご記入下さい。

希望日 ① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 ()	
保険者名称 <small>保険証をもとにご記入下さい。</small>	
保険証記号	保険証番号
会社名	
フリガナ	生年月日 S.H 年 月 日 (歳)
お名前	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男性 資格区分 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養 (配偶者・家族)
送付先住所 (〒 -) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	
連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯TEL() - 勤務先TEL() -	
ウェルネスご利用は <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 複数回 受診着サイズ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL	
希望施設	希望受診コース <small>内容によっては受診できない場合もあります。詳しくはお尋ねください。</small>
	<input type="checkbox"/> 肺がん検診 (胸部CT・かくたん細胞診) TL <input type="checkbox"/> 定期健診 (□8,800円コース □5,500円コース) TD <input type="checkbox"/> 特定健診 TT 受診券番号 () 有効期限 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> ウェルネス天神	<input type="checkbox"/> 定期健診 (□8,800円コース □5,500円コース) LMD + 婦人科検診
	<input type="checkbox"/> 特定健診 + 婦人科検診 LT 受診券番号 () 有効期限 (年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 婦人科検診のみ (M) LM
<input type="checkbox"/> ウィメンズウェルネス天神デュアル	
※ 婦人科検診(税込)をご希望の方は、ご希望の下記検査項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい	
<input type="checkbox"/> 乳房超音波 4,400円	乳房に超音波をあて、乳腺の状態を観察します
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ 4,400円	乳房をはさんでX線撮影をします (受診時39才以下・50才以上は1方向、40才代は2方向撮影)
<input type="checkbox"/> CA125 2,750円	卵巣がんの腫瘍マーカー
<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 3,300円	子宮頸部の粘膜を採取し、がん細胞の有無を調べます
<input type="checkbox"/> HPV検査 (子宮頸部細胞診検査とセット受診) 5,500円	子宮がんの原因とされている「ヒト・パピローウイルス(HPV)」の有無を調べます
<input type="checkbox"/> 経膈超音波 (子宮頸部細胞診検査とセット受診) 3,300円	子宮・卵巣の病気や変化を観察します
<input type="checkbox"/> 子宮内膜細胞診(子宮体がん)※1 5,500円	子宮内膜の粘膜を採取し、がん細胞の有無を調べます
※1 子宮頸部細胞診・経膈超音波とセット受診	

※ご契約の内容により、契約のコース(施設)やオプション等の取り扱いが異なる場合がございますので詳細はお問い合わせください。

☆ウェルネス使用欄

①入力 <input type="checkbox"/> ガバ <input type="checkbox"/> 属マモ <input type="checkbox"/> 再計算	②確認 <input type="checkbox"/> ガバ <input type="checkbox"/> 属マモ	③問診発送 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 痰	区分 1 2 3 4	利用券・受診券 転記・申請	窓口負担金 円
---	---	---	---------------	------------------	------------

◎ご予約後、[予約日]をお知らせする葉書を送付致します。

◎ ご受診日の7日前までに案内資料一式を送付致します。届かない場合は、お手数ですがご連絡下さい。

◎ 【利用券】【受診券】【通知書】【承認書】等の申請をお願い致します。(申請が必要ない場合もございます。詳細は健康保険組合等にご確認下さい。)

(2024年度)

特定医療法人財団博愛会 人間ドックセンターウェルネス
予約センター TEL 0120-489-379(月~金・10時~16時)