

定期健康診断 ・ 特定健診  
婦人科系検診 ・ 肺がん検診

お申込書

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。\*印は、いずれかに☑を入れて下さい。

希望日	① 月 日 ( )	② 月 日 ( )	③ 月 日 ( )
健康保険名	保険者番号		
保険証記号	保険証番号	保険証の有効期限	年 月 日
会社名			
カナ氏名	* <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者(配偶者・家族) * <input type="checkbox"/> 1 男性 <input type="checkbox"/> 2 女性		
氏名	生年月日 T. S. H 年 月 日 ( ) 才		
* 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	
≪希望受診施設≫ <input type="checkbox"/> ウェルネス天神		≪希望受診コース≫ コースにより受診可能な施設に制限があります。詳細はお問い合わせ下さい。	
		<input type="checkbox"/> 肺がん検診 ( TL * 肺ヘリカルCT・かくたん細胞診)	
		<input type="checkbox"/> 定期健診 (D)	
		<input type="checkbox"/> 特定健診 (T) 受診券番号: (有効期限: 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> ウェルネス天神デュアル		※ <input type="checkbox"/> 定期健診 + 婦人科 (MD)	
		※ <input type="checkbox"/> 婦人科検診のみ (M)	
※ 婦人科検診(税抜)をご希望の方は、ご希望の下記検査項目に☑を入れて下さい			
<input type="checkbox"/> 乳房超音波	4,000円	エコーによる乳がんの検査。	
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	4,000円	乳房をはさんでX線撮影する検査。	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診	3,000円	細胞を採取して調べる子宮がんの検査。	
<input type="checkbox"/> HPV検査 (子宮頸部細胞診を受診の方のみ)	5,000円	子宮がんの原因とされている「ヒトパピローマウイルス(HPV)」の有無を調べる検査。	
<input type="checkbox"/> 経膈超音波 (子宮頸部細胞診を受診の方のみ)	3,000円	子宮筋腫や卵巣腫瘍等、子宮・卵巣の病気や変化を観察します。	
<input type="checkbox"/> CA125	2,500円	卵巣がんの腫瘍マーカー	

※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"/> ガイト <input type="checkbox"/> 属メモ	②確認 <input type="checkbox"/> ガイト <input type="checkbox"/> 属メモ	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	<input type="checkbox"/> 再計算
---	---	---	---------------	------------------	------------------------------

◎ 消費税については、受診日時点の税率を適用します。

◎ MD・Mコースにつきましては、[予約日]をお知らせする葉書を送付致します。

◎ ご受診日の5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。)



〒810-0001 福岡市中央区天神1-15-6-4F 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・9時～17時)

E-mail: info@h-wellness.or.jp http://www.hakuai kai.or.jp

(2020年度)