

ご記入前に下部の【注意事項】を必ずご確認ください。

保険証記号

左枠内に必ずご記入下さい

・人間ドックは年度末年齢(2020年3月31日時点)35歳以上の方が対象です。

対象者：昭和19年4月1日～昭和60年3月31日 生まれの方

上記対象外の方(年齢対象外など)が受診された場合、一部負担金が異なりますのでご注意ください。

・申込書送付先 (受付期間等は、別紙1参照)

〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階 進興会 東プラ健診クリニック 予約センター Tel:03 - 5833 - 3475

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	受診コース	希望月記入欄 4月～8月でご記入下さい			決定日時 記入しないで下さい	乳房超音波 女性のみを して下さい	子宮頸部細胞診 女性のみを して下さい	胃部内視鏡 (¥5,000+税) 希望の方は をして下さい	血液面談(下記参照) 希望の方は をご記入下さい	備考欄 (オプション検査・特殊健診・海外赴任 年齢対象外・年度内二度目等)
						第1	第2	第3						
1		男	本人	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	希望する	希望する	
		女	配偶者			月	月	月						
2		男	本人	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	希望する	希望する	
		女	配偶者			月	月	月						
3		男	本人	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	希望する	希望する	
		女	配偶者			月	月	月						
4		男	本人	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	希望する	希望する	
		女	配偶者			月	月	月						
5		男	本人	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	希望する	希望する	
		女	配偶者			月	月	月						
6		男	本人	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	希望する	希望する	
		女	配偶者			月	月	月						
7		男	本人	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	希望する	希望する	
		女	配偶者			月	月	月						
8		男	本人	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	希望する	希望する	
		女	配偶者			月	月	月						

【注意事項】 記入前に必ずお読み下さい。支払方法は専用紙にご記入下さい。

予約枠には限りがあります。希望月のご記入を頂いても、ご希望に沿えない可能性があります。その際は、ご連絡せずにごちらで日程調整をさせていただきます。また、日時のご希望は承れませんので、あらかじめご了承下さい。日程変更ご希望の際は、電話受付期間に上記予約センターまでお電話下さい。

日程変更はお早めをお願い致します。(例)女性の方で生理と重なる場合

胃部内視鏡は予約枠に限りがあります(毎週月曜日と第1、第3、第4、第5木曜日)。ご希望の方は必ず“胃部内視鏡”欄に をご記入下さい。なお、ご希望に沿えない場合もありますのでご了承下さい。(女性専用の胃部内視鏡実施日) 6月11日、7月9日、8月6日、8月20日

35歳未満の方(=年齢対象外)の乳房超音波・子宮頸部細胞診検査は別途料金が発生します。子宮頸部細胞診(医師採取)検査は火曜日のみとなります。子宮頸部細胞診(自己採取)検査と乳房超音波検査は火曜日以外も実施しています。火曜日以外でのご受診は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承下さい。

下記の場合、備考欄にご記入下さい。特殊健診併用 ・年齢対象外 ・年度内二度目(健保補助の対象外時)

【血液面談とは】

希望制で、診察とは別に当日午後に医師より血液の一部結果を直接お聞き頂けます。

希望の方 9:30までの予約時間でお取りします。当日9:30を過ぎてのご来院は血液面談対象外となります。

希望なしの方 10:30のご予約時間になる可能性があります。結果は後日結果報告書にてご確認頂けます。

特にご希望の がない場合は“希望なし”で承ります。

ご記入下さい 記入日： 年 月 日

所在地 〒

事業所名称

担当者名

担当者TEL

ご記入いただきました住所へ事前案内・請求書等を送付いたします。住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

生活習慣病予防健診専用「進興会 東プラ健診クリニック」申込書 4月～8月受診分(郵送or持参のみ受付)

2019年度用

先行-1

ご記入前に下部の【注意事項】を必ずご確認ください。

- ・生活習慣病予防健診は年度末年齢(2020年3月31日時点)35歳以上の方が対象です。
- 対象者: 昭和19年4月1日～昭和60年3月31日 生まれの方
- 上記対象外の方(年齢対象外など)が受診された場合、一部負担金が異なりますのでご注意ください。
- ・申込書送付先 (受付期間等は、別紙1参照)
- 【〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階 進興会 東プラ健診クリニック 予約センター】 Tel: 03 - 5833 - 3475

保険証記号

左枠内に必ずご記入下さい

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	受診コース	希望月記入欄 4月～8月でご記入下さい			決定日時 記入しないで下さい	乳房超音波 女性のみを して下さい	子宮頸部細胞診 女性のみを して下さい	備考欄 (オプション検査・特殊健診・海外赴任 年齢対象外・年度内二度目等)
						第1	第2	第3				
1		男	本人	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女	配偶者 家族			月	月	月				
2		男	本人	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女	配偶者 家族			月	月	月				
3		男	本人	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女	配偶者 家族			月	月	月				
4		男	本人	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女	配偶者 家族			月	月	月				
5		男	本人	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女	配偶者 家族			月	月	月				
6		男	本人	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女	配偶者 家族			月	月	月				
7		男	本人	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女	配偶者 家族			月	月	月				
8		男	本人	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女	配偶者 家族			月	月	月				

ご記入下さい 記入日 : 年 月 日

【注意事項】 記入前に必ずお読み下さい。支払方法は専用用紙にご記入下さい。

予約枠には限りがあります。希望月のご記入を頂いても、ご希望に沿えない可能性があります。その際は、ご連絡せずにこちらで日程調整をさせていただきます。また、日時のご希望は承れませんので、あらかじめご了承ください。日程変更ご希望の際は、電話受付期間に上記予約センターまでお電話下さい。

日程変更はお早めをお願い致します。(例)女性の方で生理と重なる場合

35歳未満の方(=年齢対象外)の乳房超音波・子宮頸部細胞診検査は別途料金が発生します。子宮頸部細胞診(医師採取)検査は火曜日のみとなります。子宮頸部細胞診(自己採取)検査と乳房超音波検査は火曜日以外も実施しています。火曜日以外でのご受診は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承ください。

下記の場合、備考欄にご記入下さい。
特殊健診併用・年齢対象外・年度内二度目(健保補助の対象外時)

申込み後、記入内容に変更がある際はご連絡下さい(保険証番号や苗字等)。

所在地 〒

事業所名称

担当者名

担当者TEL

ご記入いただきました住所へ事前案内・請求書等を送付いたします。住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

簡易健診専用 「進興会 東プラ健診クリニック」申込書

4月～8月受診分(郵送or持参のみ受付)

2019年度用

先行 - 1

2018年度までの定期健診の名称が変わりましたのでご注意ください。
ご記入前に下部の【注意事項】を必ずご確認ください。

- ・簡易健診は年度末年齢(2020年3月31日時点)35歳未満の方が対象です。
- 対象者: 昭和60年4月1日以降 生まれの方
- ・申込書送付先 (受付期間等は、別紙1参照)

【〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階 進興会 東プラ健診クリニック 予約センター】 Tel: 03 - 5833 - 3475

保険証記号

左枠内に必ずご記入下さい

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	受診コース	希望月記入欄 4月～8月でご記入下さい			決定日時 記入しないで下さい	簡易健診(A1)オプション 希望の項目に して下さい		乳房超音波 女性のみ を して下さい	子宮頸部細胞診 女性のみ をして 下さい	備考欄 (オプション検査・特殊健診・海外赴任 年齢対象外・年度内二度目等)
						第1	第2	第3		血液検査-1	心電図検査			
1		男	本人	昭和 平成	簡易健診					血液検査-1	心電図検査	希望する	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女		年 月 日										
2		男	本人	昭和 平成	簡易健診					血液検査-1	心電図検査	希望する	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女		年 月 日										
3		男	本人	昭和 平成	簡易健診					血液検査-1	心電図検査	希望する	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女		年 月 日										
4		男	本人	昭和 平成	簡易健診					血液検査-1	心電図検査	希望する	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女		年 月 日										
5		男	本人	昭和 平成	簡易健診					血液検査-1	心電図検査	希望する	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女		年 月 日										
6		男	本人	昭和 平成	簡易健診					血液検査-1	心電図検査	希望する	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女		年 月 日										
7		男	本人	昭和 平成	簡易健診					血液検査-1	心電図検査	希望する	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女		年 月 日										
8		男	本人	昭和 平成	簡易健診					血液検査-1	心電図検査	希望する	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない	
		女		年 月 日										

【注意事項】 記入前に必ずお読み下さい。支払方法は専用用紙にご記入下さい。

血液検査、心電図検査、聴力検査の3項目追加時は、定期健診受診をお奨めします。

予約枠には限りがあります。希望月のご記入を頂いても、ご希望に沿えない可能性があります。
その際は、ご連絡せずにこちらで日程調整をさせていただきます。また、日時のご希望は承れませんので、あらかじめご了承下さい。
日程変更ご希望の際は、電話受付期間に上記予約センターまでお電話下さい。

日程変更はお早めにお願致します。(例)女性の方で生理と重なる場合

35歳未満の方の乳房超音波・子宮頸部細胞診検査は別途料金が発生します。
子宮頸部細胞診(医師採取)検査は火曜日のみとなります。
子宮頸部細胞診(自己採取)検査と乳房超音波検査は火曜日以外も実施しています。
火曜日以外でのご受診は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承下さい。

下記の場合、備考欄にご記入下さい。
特殊健診併用 ・年度内二度目(健保補助の対象外時)

申込み後、記入内容に変更がある際はご連絡下さい(保険証番号や苗字等)。

ご記入下さい

記入日 : 年 月 日

所在地 〒

事業所名称

担当者名

担当者TEL

ご記入いただきました住所へ事前案内・請求書等を
送付いたします。住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

定期健診専用「進興会 東プラ健診クリニック」申込書 4月～8月受診分(郵送or持参のみ受付)

2019年度用

先行 - 1

2019年度新設コースです。2018年度までの定期健診とは異なりますのでご注意ください。

ご記入前に下部の【注意事項】を必ずご確認ください。

・定期健診は年度末年齢(2020年3月31日時点)35歳未満の方が対象です。

対象者: 昭和60年4月1日以降 生まれの方

・申込書送付先 (受付期間等は、別紙1参照)

〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階 進興会 東プラ健診クリニック 予約センター Tel: 03 - 5833 - 3475

保険証記号

左枠内に必ずご記入下さい

保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	受診コース	希望月記入欄 4月～8月でご記入下さい			決定日時 記入しないで下さい	定期健診(A2)オプション 希望の項目に して下さい		乳房超音波 女性のみ を して下さい	子宮頸部細胞診 女性のみ をして 下さい	備考欄 (オプション検査・特殊健診・海外赴任 年齢対象外・年度内二度目等)
						第1	第2	第3						
1		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない		
2		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない		
3		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない		
4		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない		
5		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない		
6		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない		
7		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない		
8		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 ・希望しない		

【注意事項】 記入前に必ずお読み下さい。支払方法は専用用紙にご記入下さい。

血液検査、心電図検査、聴力検査を希望しない方は、簡易健診受診をお奨めします。

予約枠には限りがあります。希望月のご記入を頂いても、ご希望に沿えない可能性があります。その際は、ご連絡せずにこちらで日程調整をさせていただきます。また、日時のご希望は承れませんので、あらかじめご了承下さい。日程変更ご希望の際は、電話受付期間に上記予約センターまでお電話下さい。

日程変更はお早めをお願い致します。(例)女性の方で生理と重なる場合

35歳未満の方の乳房超音波・子宮頸部細胞診検査は別途料金が発生します。子宮頸部細胞診(医師採取)検査は火曜日のみとなります。子宮頸部細胞診(自己採取)検査と乳房超音波検査は火曜日以外も実施しています。火曜日以外でのご受診は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承下さい。

下記の場合、備考欄にご記入下さい。
特殊健診併用 ・年度内二度目(健保補助の対象外時)

申込み後、記入内容に変更がある際はご連絡下さい(保険証番号や苗字等)。

ご記入下さい 記入日: 年 月 日

所在地 〒

事業所名称

担当者名

担当者TEL

ご記入いただきました住所へ事前案内・請求書等を送付いたします。
住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

ご記入前に下部の【注意事項】を必ずご確認ください。

1234

保険証記号
左枠内に必ずご記入下さい

記入例
赤字の部分をご記入下さい。

・人間ドックは年
対象者: 乳
上記対象外
・申込書送付先 (受
【〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 進興会東プラ健康クリニック 受付部】

女性の方は、乳房超音波と子宮頸部細胞診のご希望の有無を して下さい。
35歳以上の方は、健保負担でご受診頂けます。

ますのでご注意ください。

進興会 東プラ健康クリニック 予約センター Tel: 03 - 5833 - 3475

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	受診コース	希望月記入欄 月～月でご記入下さい			決定日時 記入しないで下さい	乳房超音波 女性のみを して下さい	子宮頸部細胞診 女性のみを して下さい	胃部内視鏡(¥5,000+税) 希望の方はを して下さい	血液面談(下記参照) 希望の方はを ご記入下さい	備考欄 (オプション検査・特殊健診・海外赴任 年齢対象外・年度内二度目等)
						第1	第2	第3						
1 567	サイトウ ジロウ 齋藤 次郎	男 女	本人 配偶者	昭和 平成 35年 3月 8日	人間ドック	4	5	6	先行1・2 記入しないで下さい	希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 希望しない	希望する	希望する	有機溶剤:11、トルエン
2 1472	ヤマダ ハナコ 山田 花子	男 女	本人 配偶者	昭和 平成 54年 4月 28日	人間ドック	7	8	6		希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 希望しない	希望する	上記の他に、夫婦同日受診希望や、 2018年度受診時から苗字等に変更が ある場合はご記入下さい。	
3		男 女	本人 配偶者	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取	希望する		
4		男	本人	昭和 平成 年 月								希望する		
5	保険証番号:最新の番号をご記入下さい。 氏名:保険証の漢字と合わせて下さい。			昭和 平成 年 月								希望する		
6		女	配偶者	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・医師採取 希望しない	希望する	希望する	
7		男 女	本人 配偶者	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 希望しない	希望する		
8		男 女	本人 配偶者	昭和 平成 年 月 日	人間ドック					希望する 希望しない	・自己採取 ・医師採取 希望しない	希望する		

各申込書の期間内で希望月をご記入下さい。
2019年度～希望日は承っておりません。
日程の変更は、電話受付期間にお電話にて承りますのでご了承下さい。

胃カメラは枠に限りがあります。
ご希望の際は必ず をして下さい。
なお、ご記入頂いても定員に達している場合はご希望に沿えない可能性があります。

必ずご記入下さい。

【注意事項】 記入前に必ずお読み下さい。支払方法は専用紙にご記入下さい。

【血液面談とは】

希望制で、診察とは別に当日午後に医師より血液の一部結果を直接お聞き頂けます。

希望の方 9:30までの予約時間でお取ります。
当日9:30を過ぎてのご来院は血液面談対象外となります。

希望なしの方 10:30のご予約時間になる可能性があります。
結果は後日結果報告書にてご確認頂けます。

特にご希望の が無い場合は“希望なし”で承ります。

ご記入下さい 記入日: 2019年 2月 4日

所在地 〒111-0052
東京都台東区柳橋1-1-4

事業所名称 (株) プラスチックス

担当者名 山田 太郎

担当者TEL 03-1234-5678

予約枠には限りがあります。希望月のご記入を頂いても、ご希望に沿えない可能性があります。
その際は、ご連絡せずにこちらで日程調整をさせて頂きます。
また、日時のご希望は承れませんので、あらかじめご了承下さい。
日程変更ご希望の際は、電話受付期間に上記予約センターまでお電話下さい。

日程変更はお早めをお願い致します。(例)女性の方で生理と重なる場合

胃部内視鏡は予約枠に限りがあります(毎週月曜日と第1、第3、第4、第5木曜日)。
ご希望の方は必ず“胃部内視鏡”欄に をご記入下さい。なお、ご希望に沿えない場合もありますのでご了承下さい。
(女性専用の胃部内視鏡実施日)
6月11日、7月9日、8月6日、8月20日

35歳未満の方(=年齢対象外)の乳房超音波・子宮頸部細胞診検査は別途料金が発生します。
子宮頸部細胞診(医師採取)検査は火曜日のみとなります。
子宮頸部細胞診(自己採取)検査と乳房超音波検査は火曜日以外も実施しています。
火曜日以外でのご受診は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承下さい。

下記の場合、備考欄にご記入下さい。
特殊健診併用・年齢対象外・年度内二度目(健保補助の対象外時)

ご記入前に下部の【注意事項】を必ずご確認ください。

1234

保険証記号

右枠内に必ずご記入下さい

記入例
赤字の部分をご記入下さい。

生活習慣病予防健診は年度末年齢99歳未満の方を対象とさせていただきます。
対象者：昭和19年4月1日～平成28年3月31日
上記対象外の方(年齢対象外)は、別途料金がかかります。
申込書送付先(受付期間等は別途お知らせいたします)
〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 進興会東プラ健診クリニック予約センター Tel:03-5833-3475

女性の方は、乳房超音波と子宮頸部細胞診のご希望の有無を必ずお選び下さい。
35歳以上の方は、健保負担でご受診頂けます。

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	受診コース	希望月記入欄 月～月でご記入下さい			決定日時 記入しないで下さい	乳房超音波 女性のみを して下さい	子宮頸部細胞診 女性のみを して下さい	備考欄 (オプション検査・特殊健診・海外赴任 年齢対象外・年度内二度目等)
						第1	第2	第3				
1 567	サイトウ ジロウ 齋藤 次郎	男 女	本人 配偶者 家族	昭和 平成 35年 3月 8日	生活習慣病検査	4	5	6		希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	胃の検査なし
2 1472	ヤマダ ハナコ 山田 花子	男 女	本人 配偶者 家族	昭和 平成 54年 4月 28日	生活習慣病検査	7	8	6		希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	ピロリ菌(便)
3		男 女	本人 配偶者 家族	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	自己採取 医師採取	
4				昭和 平成 年 月 日						希望する 希望しない		
5				昭和 平成 年 月 日						希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	
6		男 女	本人 配偶者 家族	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	
7		男 女	本人 配偶者 家族	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	
8		男 女	本人 配偶者 家族	昭和 平成 年 月 日	生活習慣病検査					希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	

先行1・2
記入しないで下さい

上記の他に、夫婦同日受診希望や、2018年度受診時から苗字等に変更がある場合はご記入下さい。

保険証番号:最新の番号をご記入下さい。
氏名:保険証の漢字と合わせて下さい。

各申込書の期間内で希望月をご記入下さい。
2019年度～希望日は承っておりません。
日程の変更は、電話受付期間にお電話にて承りますのでご了承下さい。

【注意事項】 記入前に必ずお読み下さい。支払方法は専用用紙にご記入下さい。

予約枠には限りがあります。希望月のご記入を頂いても、ご希望に沿えない可能性があります。その際は、ご連絡せずにこちらで日程調整をさせていただきます。また、日時のご希望は承れませんので、あらかじめご了承下さい。日程変更ご希望の際は、電話受付期間上記予約センターまでにお電話下さい。

日程変更はお早めをお願い致します。(例)女性の方で生理と重なる場合は、必ずご記入下さい。

35歳未満の方(=年齢対象外)の乳房超音波・子宮頸部細胞診検査は別途料金が発生いたします。子宮頸部細胞診(医師採取)検査は火曜日のみとなります。子宮頸部細胞診(自己採取)検査と乳房超音波検査は火曜日以外も実施しています。火曜日以外での受診は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承下さい。

下記の場合、備考欄にご記入下さい。
特殊健診併用・年齢対象外・年度内二度目(健保補助の対象外時)

申込み後、記入内容に変更がある際はご連絡下さい(保険証番号や苗字等)。

ご記入下さい 記入日：2019年 2月 4日

所在地 〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4

事業所名称 (株) プラスチックス

担当者名 山田 太郎

担当者TEL 03-1234-5678

簡易健診専用「進興会 東プラ健診クリニック」申込書

月～ 月 受診分(郵送or持参のみ受付)

2019年度用

先行-1・2

2018年度までの定期健診の名称が変わりましたのでご注意ください。
ご記入前に下部の【注意事項】を必ずご確認ください。

記入例
赤字の部分をご記入下さい。

1234

保険証記号
左枠内に必ずご記入下さい

・簡易健診は年度末年齢(2020年3月31日時点)20歳未満の方
対象者:昭和60年4月1日以降 生まれ
・申込書送付先(受付期間等は、別紙1参照)
【〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保云

35歳未満の女性の方の
乳房超音波、子宮頸部細胞診はオプション検査となります。

センター) Tel:03-5833-3475

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	受診コース	希望月記入欄 月～月でご記入下さい			決定日時 記入しないで下さい	簡易健診(A1)オプション 希望の項目に して下さい		乳房超音波 女性のみ を して下さい	子宮頸部細胞診 女性のみ をして 下さい	備考欄 (オプション検査・特殊健診・海外赴任 年齢対象外・年度内二度目等)
						第1	第2	第3		血液検査-1	聴力検査			
1	ヤマモト ケンタロウ 山本 賢太郎	男 女	本人	昭和 平成 62年 9月 23日	簡易健診	4	5	6	先行1・2 記入しないで下さい	血液検査-1 聴力検査	心電図検査 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	
2	タナカ マコミ 田中 まゆみ	男 女	本人	昭和 平成 2年 4月 8日	簡易健診	7	8	6		血液検査-1 聴力検査	心電図検査 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	アレルギー-A
3		男	本人	昭和 平成 年 月 日	簡易健診					血液検査-1 聴力検査	心電図検査 便潜血検査	希望する	自己採取	
4			本人	昭和 平成 年 月 日						血液検査-1 聴力検査				
5		女	本人	昭和 平成 年 月						血液検査-1 聴力検査				
6		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	簡易健診					血液検査-1 聴力検査	心電図検査 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取	
7		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	簡易健診					血液検査-1 聴力検査	心電図検査 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取	
8		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	簡易健診					血液検査-1 聴力検査	心電図検査 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	

保険証番号:最新番号をご記入下さい。
氏名:保険証の漢字と合わせて下さい。

各申込書の期間内で希望月をご記入下さい。
2019年度～希望日は承っておりません。
日程の変更は、電話受付期間にお電話にて承りますのでご了承下さい。

血液検査のご希望がない方が、
オプション検査で採血項目を追加
した場合、別途“血液判断料”
¥1,500(税抜)がかかります。

上記の他に、夫婦同日受診希望や、
2018年度受診時から苗字等に変更が
ある場合はご記入下さい。

【注意事項】 記入前に必ずお読み下さい。支払方法は専用用紙にご記入下さい。

血液検査、心電図検査、聴力検査の3項目追加時は、定期健診受診をお奨めします。

予約枠には限りがあります。希望月のご記入を頂いても、ご希望に沿えない可能性があります。
その際は、ご連絡せずにこちらで日程調整をさせていただきます。また、日時のご希望は承れませんので、あらかじめご了承下さい。
日程変更ご希望の際は、電話受付期間に上記予約センターまでお電話下さい。

日程変更はお早めをお願い致します。(例)女性の方で生理と重なる場合

35歳未満の方の乳房超音波・子宮頸部細胞診検査は別途料金が発生します。
子宮頸部細胞診(医師採取)検査は火曜日のみとなります。
子宮頸部細胞診(自己採取)検査と乳房超音波検査は火曜日以外も実施しています。
火曜日以外でのご受診は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承下さい。

下記の場合、備考欄にご記入下さい。
特殊健診併用・年度内二度目(健保補助の対象外時)

申込み後、記入内容に変更がある際はご連絡下さい(保険証番号や苗字等)。

ご記入下さい

記入日: 2019年 2月 4日

所在地 〒111-0052
東京都台東区柳橋1-1-4

事業所名称 (株) プラスチックス

担当者名 山田 太郎

担当者TEL 03-1234-5678

ご記入いただきました住所へ事前案内・請求書等を
送付いたします。住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

必ずご記入下さい。

定期健診専用「進興会 東プラ健診クリニック」申込書 月～月受診分(郵送or持参のみ受付)

2019年度用

先行-1・2

2019年度新設コースです。2018年度までの定期健診とは異なりますのでご注意ください。
ご記入前に下部の【注意事項】を必ずご確認ください。

定期健診は年度末年齢(2020年3月31日時点)の
対象者:昭和60年4月1日以降 生来
申込書送付先 (受付期間等は、別紙)
【〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健診

35歳未満の女性の方の
乳房超音波、子宮頸部細胞診はオプション検査
となります。

【〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健診】 Tel:03-5833-3475

1234 保険証記号
左枠内に必ずご記入下さい

記入例
赤字の部分をご記入下さい。

保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	受診コース	希望月記入欄 月～月でご記入下さい			決定日時 記入しないで下さい	定期健診(A2)オプション 希望の項目に して下さい	乳房超音波 女性のみ を して下さい	子宮頸部細胞診 女性のみ をして 下さい	備考欄 (オプション検査・特殊健診・海外赴任 年齢対象外・年度内二度目等)
						第1	第2	第3					
1 214	ヤマモト ケンタロウ 山本 賢太郎	男 女	本人	昭和 平成 62年 9月 23日	定期健診	4	5	6	先行1・2 記入しないで下さい	血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	View 39
2 1028	タナカ マユミ 田中 まゆみ	男 女	本人	昭和 平成 2年 4月 8日	定期健診	7	8	6		血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	
3		男	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	
4		男	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2	希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	
5		女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	
6		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	
7		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	
8		男 女	本人	昭和 平成 年 月 日	定期健診					血液検査-2 便潜血検査	希望する 希望しない	自己採取 医師採取 希望しない	

保険証番号:最新の番号をご記入下さい。
氏名:保険証の漢字と合わせて下さい。

各申込書の期間内で希望月をご記入下さい。
2019年度～希望日は承っておりません。
日程の変更は、電話受付期間にお電話にて承ります
のでご了承下さい。

血液検査のご希望がない方が、
オプション検査で採血項目を追加
した場合、別途“血液判断料”
¥1,500(税抜)がかかります。

上記の他に、夫婦同日受診希望や、
2018年度受診時から苗字等に変更が
ある場合はご記入下さい。

【注意事項】 記入前に必ずお読み下さい。支払方法は専用用紙にご記入下さい。

血液検査、心電図検査、聴力検査を希望しない方は、簡易健診受診をお奨めします。

予約枠には限りがあります。希望月のご記入を頂いても、ご希望に沿えない可能性があります。
その際は、ご連絡せずにこちらで日程調整をさせて頂きます。また、日時のご希望は承れませんので、あらかじめご了承下さい。
日程変更ご希望の際は、電話受付期間に上記予約センターまでお電話下さい。

日程変更はお早めをお願い致します。(例)女性の方で生理と重なる場合

35歳未満の方の乳房超音波・子宮頸部細胞診検査は別途料金が発生します。
子宮頸部細胞診(医師採取)検査は火曜日のみとなります。
子宮頸部細胞診(自己採取)検査と乳房超音波検査は火曜日以外も実施しています。
火曜日以外のご受診は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承下さい。

下記の場合、備考欄にご記入下さい。
特殊健診併用・年度内二度目(健保補助の対象外時)

申込み後、記入内容に変更がある際はご連絡下さい(保険証番号や苗字等)。

必ずご記入下さい。

ご記入下さい 記入日: 2019年 2月 4日

所在地 〒111-0052
東京都台東区柳橋1-1-4

事業所名称 (株) プラスチックス

担当者名 山田 太郎

担当者TEL 03-1234-5678

ご記入いただきました住所へ事前案内・請求書等を送付いたします。