

「進興会 東プラ健診クリニック」専用 健康診断申込書（新規申込者用）

平成29年度用

健診-1

事業所記号

※日程変更はお早めをお願い致します。

1. 定期健診は35歳未満(昭和58年4月1日以降に生まれた方)、生活習慣病検査・人間ドックは35歳以上(昭和58年3月31日以前に生まれた方)が対象になります。

※年齢は年度末(平成30年3月31日)時点です。上記対象外の方が受診された場合、一部負担金が異なりますのでご注意ください。

2. 本申込書は、電話受付後「進興会 東プラ健診クリニック 予約センター」までご送付ください。(受診期間については、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 TEL.03-5833-3475 FAX03-5833-5641

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	平成29年度			決定日時	※定期健診(35歳未満) オプション 希望項目に○をお付け下さい	※乳房超音波 35歳以上女性の方 ○をお付け下さい	※子宮頸部細胞診 35歳以上女性の方 ○をお付け下さい	※人間ドックのみ 胃部内視鏡へ変更 の方は○をお付け下さい	備考欄
					受診コース	第1希望	第2希望						
		1.男 2.女	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 年 月 日	1.定期健診 2.生活習慣病検査 3.人間ドック	月	月	血液検査 聴力検査	心電図 便潜血	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 (追加料金あり)	
		1.男 2.女	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 年 月 日	1.定期健診 2.生活習慣病検査 3.人間ドック	月	月	血液検査 聴力検査	心電図 便潜血	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 (追加料金あり)	
		1.男 2.女	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 年 月 日	1.定期健診 2.生活習慣病検査 3.人間ドック	月	月	血液検査 聴力検査	心電図 便潜血	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 (追加料金あり)	
		1.男 2.女	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 年 月 日	1.定期健診 2.生活習慣病検査 3.人間ドック	月	月	血液検査 聴力検査	心電図 便潜血	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 (追加料金あり)	
		1.男 2.女	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 年 月 日	1.定期健診 2.生活習慣病検査 3.人間ドック	月	月	血液検査 聴力検査	心電図 便潜血	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 (追加料金あり)	
		1.男 2.女	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 年 月 日	1.定期健診 2.生活習慣病検査 3.人間ドック	月	月	血液検査 聴力検査	心電図 便潜血	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 (追加料金あり)	
		1.男 2.女	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 年 月 日	1.定期健診 2.生活習慣病検査 3.人間ドック	月	月	血液検査 聴力検査	心電図 便潜血	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 (追加料金あり)	

必要な範囲での個人情報の提供について同意のうえ申し込みます。

一部負担金のお支払方法について、どちらかに○をおつけください。		
1.定期健診	・当日窓口支払	・会社一括請求(月単位)
定期健診オプション	・当日窓口支払	・会社一括請求(月単位)
2.生活習慣病検査	・当日窓口支払	・会社一括請求(月単位)
3.人間ドック	・当日窓口支払	・会社一括請求(月単位)
胃部内視鏡検査	・当日窓口支払	・会社一括請求(月単位)

※胃部レントゲン検査から胃部内視鏡検査への変更は5,400円の追加料金がかかります。

胃部内視鏡検査は毎週月曜日と第1、第3、第5木曜日です。
レディースデーの胃部内視鏡検査は6月20日、7月18日、8月8日、8月22日、12月19日、1月16日、2月20日、3月6日です。

予約枠に限りがありますのでご予約時に必ずお伝えください。
なお、ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

※35歳以上の女性の方は、乳房超音波・子宮頸部細胞診検査希望の有無をご記入ください。(35歳未満の方は別途料金がかかります。)
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承っております。

※生理中の方は、日程の変更をお願い致します。
※記入内容にご変更がありましたら、ご連絡くださいますようお願い致します。(保険証番号や名字等)

※左記のお支払方法と異なる方がいましたら、備考欄にご記入ください。
(配偶者等)

〒

所在地

名称

代表者

電話番号

F A X

担当者

※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。

平成 年 月 日

下記の場合、備考欄にお支払方法(窓口支払か会社請求)についても併せてご記入ください

・オプション検査・特殊健診等

・年齢対象外のコース選択

・年度内二度目(健康保険組合補助の対象外の場合)