

「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30年度用

健診-1

事業所記号

1.定期健診は35歳未満(昭和59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59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31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。

事業所名称

2.本申込書は、「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 FAX.03-5833-5641

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	平成30年度			決定日時	※定期健診オプション (35歳未満の方) 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	※人間ドックのみ 血液面談希望なし の方は○をご記入下さい	備考欄 (オプション検査・特殊健診 年齢対象外・年度内二度目等)
					受診コース	第1希望	第2希望							
1		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 ¥5,400)	希望なし	
2		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 ¥5,400)	希望なし	
3		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 ¥5,400)	希望なし	
4		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 ¥5,400)	希望なし	
5		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 ¥5,400)	希望なし	
6		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 ¥5,400)	希望なし	
7		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 ¥5,400)	希望なし	
8		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 ¥5,400)	希望なし	

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》※どちらかに○をつけてください。		
1.定期健診	・窓口支払	・会社請求(月単位)
定期健診オプション	・窓口支払	・会社請求(月単位)
2.生活習慣病検査	・窓口支払	・会社請求(月単位)
3.人間ドック	・窓口支払	・会社請求(月単位)
胃部内視鏡検査	・窓口支払	・会社請求(月単位)

※日程変更はお早めをお願い致します。

女性:生理中の方は、日程の変更をお願い致します。

※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。
レディースデー胃部内視鏡検査:6月12日、7月10日、8月7日、8月21日
12月11日、1月15日、2月12日、3月5日

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。

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

- 特殊健診 ●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)
- 配偶者の方など、一部負担金のお支払方法が異なる場合

※(人間ドックの方)血液面談について

血液面談とは、診察とは別で、当日午後に医師より血液の一部結果について直接お話を聞く事が出来るというものです。

希望の方: 9:30までの予約時間でお取り致します。

当日受付にて最終的な希望の有無をお伺い致します。

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。

10:30のご予約の場合は、後日郵送の結果報告書でご確認頂きます。

なお、ご希望の○がない場合は9:30までの予約時間でお取り致します。

※申込み後、記入内容に変更がある際はご連絡をお願いします。(保険証番号や名字等)

平成 年 月 日

所在地 〒

名称

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。

《オプション検査の支払方法》※今回お申込みが無い場合もご記入下さい。		
全コース・全オプション	・当日窓口支払	・会社一括請求(月単位)
一部オプションのみ 会社請求の場合や、 コース・続柄により 支払方法が異なる 場合は詳細を ご記入ください。		