

「進興会 東プラ健診クリニック」専用 健康診断申込書

(4月受診分～8月受診分)

平成30年度用

先行-1

※2/13～2/23必着 郵送のみ受付

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。

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

保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	平成30年度(希望月に○をしてください)			決定日時 ※記入しないで下さい	※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	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8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	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8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	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8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	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8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	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8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	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8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	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8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	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8月	4月・5月 6月・7月 8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)

※日程変更はお早めにお問い合わせください。

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

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 ●希望日時

●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1時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。

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“希望あり”で承ります。

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	