

「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

事業所記号

事業所名称

1. 定期健診は35歳未満(昭和59年4月1日以降に生まれ、**決定日時は記入しないでください**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。上記対象外の方はご記入ください。
 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 ☎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・年度二度目等)	
					受診コース	第1希望	第2希望								第3希望
****	○○ ○○	1.男	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 47年 2月 14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	ピロリ菌(採血)
****	○○ ○○	1.男	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 55年 4月 8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	腫瘍マーカーBセット ピロリ菌(採便) 火曜日以外OK
****	○○ ○○	1.男	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 2年 7月 8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	
****	○○ ○○	1.男	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 6年 10月 28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	乳房超音波 子宮検査(医師採取)
****	○○ ○○	1.男	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 4年 8月 18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	年齢対象外(差額会社) 子宮検査・乳房超音波 (会社請求)
****	○○ ○○	1.男	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 39年 12月 25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	電離健診(会社請求) 転記用紙持参あり (or 持参なし)
****	○○ ○○	1.男	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 25年 9月 12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	年度内二度目 (健保補助使用なし) 会社請求
****	タナカ ○○ 田中 ○○	1.男	1.本人 2.配偶者 3.家族	昭和 平成 32年 1月 25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	(旧姓)山田 ※火曜日カメラ日希望

記入しないでください

《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	○	・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	○	・会社請求(月単位)

《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	○	・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	○	・会社一括請求(月単位)

〈定期健診オプション〉
血液検査のみ: 会社請求
その他オプション: 窓口支払

※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17日、7月14日、8月21日
 予約枠に限りがあります。
 なお、ご希望の○がない場合は“希望あり”で承ります。
 ※35歳未満
 子宮頸部細胞診
 子宮超音波
 ※下
 10:30のご予約
 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。

全コース、全てのオプションの場合のみ
 ○を記入してください。
 オプション検査のお支払方法が異なる場合は

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。

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。