

2018年度 農林水産省共済組合 人間ドック・健康診断申込書

| | |
|-----|---|
| コード | |
| 625 | 2 |

全ての項目に漏れなくご記入の上 (株)ベネフィットワン・ヘルスケアまでFAXまたは郵送してください。
記入漏れがございますと受付が出来ませんのでお間違いのないようご注意ください。
※数字は右詰でご記入ください。

■FAX: 0800-9199-030
(または089-900-8281)

※FAX番号をお間違いのないようご注意ください。

ご記入日 月 日

■郵送先:
〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8

▼ご希望の内容をご記入ください

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|------------------------|--------|---|---|---|---|
| 希望健診機関 | 第1希望 | 健診機関コード | | | | 健診機関名称 | | | | |
| | 第2希望 | 健診機関コード | | | | 健診機関名称 | | | | |
| | 第3希望 | 健診機関コード | | | | 健診機関名称 | | | | |
| 受診希望日 | 月日指定 | | 受診希望日で取れなかった場合の希望条件 | | | | | | | |
| | 第1希望 | <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 受診を希望する月 | <input type="text"/> 月 | <input type="text"/> 月 | | | | | |
| | 第2希望 | <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | ご都合のつかない曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| | 第3希望 | <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | ご都合のつかない月日 | <input type="text"/> 月 | <input type="text"/> 日 | | | | | |
| | 第4希望 | <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | <input type="text"/> 月 | <input type="text"/> 日 | | | | | |
| 第5希望 | <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | <input type="text"/> 月 | | <input type="text"/> 日 | | | | | | |
| 健診内容 | 健診コース | <input type="checkbox"/> 人間ドックA 胃部X線(バリウム) | <input type="checkbox"/> 人間ドックA 胃内視鏡経口(カメラ) | <input type="checkbox"/> 人間ドックA 胃内視鏡経鼻(カメラ) | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 人間ドックC【2日】 胃部X線(バリウム) | <input type="checkbox"/> 人間ドックC【2日】 胃内視鏡経口(カメラ) | <input type="checkbox"/> 人間ドックC【2日】 胃内視鏡経鼻(カメラ) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ハピルス法定健診 | | | | | | | | | | |
| | オプション検査 ※ご希望のオプションに チェックを入れて下さい。 (健診機関によりご受診 できない場合があります。) | <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 | <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 | <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 胃部X線検査 | <input type="checkbox"/> 胃内視鏡(経口 または 経鼻) | <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 | | | | | | |
| 上記以外のオプションをご希望の場合は、下記にご記入ください。(健診機関によりご受診出来ない場合もございます。) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

▼受診者様情報をご記入ください

※支部名・組合員証番号(桁)は組合員証をご確認の上省略せずにご記入ください。

| | | | | | | | | | |
|---------|---|-----|--|-------|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 所属団体コード | | | | | ※支部名 | 支部 | | | |
| 所属団体名 | 農林水産省共済組合 | | | | ※組合員証番号 | 記号 (4桁) | <input type="text"/> | 番号 (8桁) | <input type="text"/> |
| フリガナ | | | | | 生年月日 (西暦) | 1 | 9 | 年 | <input type="text"/> |
| 受診者氏名 | (姓) | (名) | | 年齢・性別 | <input type="text"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 女性 | |
| 住所 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> | | | | 都道府県 | | | | |
| 連絡先1 | <input type="text"/> | | | | 連絡のつきやすい時間帯 | <input type="checkbox"/> 10:00~12:00 | <input type="checkbox"/> 18:00~21:00 | | |
| 連絡先2 | <input type="text"/> | | | | | <input type="checkbox"/> 12:00~18:00 | <input type="checkbox"/> いつでも可 | | |

■注意事項

※お申込みの際には案内の【個人情報のお取り扱いについて】にご同意の上、お申込みください。
※FAX送信後、1週間以上経過しても健診予約受付センターから「健康診断ご予約確定通知書」が届かない場合、もしくは連絡がない場合は、
お手数ですが、健診予約受付センターまでご連絡ください。
※システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。