

FAX:0800-9199-030

コード	
625	2

※FAX番号をお間違いないようご注意ください。
健診予約受付センター宛(株式会社ベネフィット・ワン)

- 下記枠内にもれなく必要事項をご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
- 共済組合員証をご用意の上、もれなくご記入ください。
- 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ご連絡がない場合は、FAX送信エラーの可能性がございますので、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。

農林水産省共済組合				申込日		西暦	2	0	年		月		日								
農林水産省共済組合員証 記号番号		※記号は4桁、番号は10桁で記入してください。桁数が足りない場合は前に0を追加してください																			
		記号(4桁)				0	8	2	0	番号(10桁)											
受診者氏名		セイ				メイ															
		姓				名															
生年月日		西暦		年		月		日		性別		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性									
日中連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅		-		-		-		組合員様に対する続柄											
		<input type="checkbox"/> 携帯		-		-		-		被扶養者(配偶者)											
		<input type="checkbox"/> 勤務先 組合員様のみ		-		-		-		被扶養者(配偶者以外)											
				内線						任継本人											
										任継被扶養者(配偶者)											
連絡のつきやすい時間帯		<input type="checkbox"/> 10~12時		<input type="checkbox"/> 12~18時		<input type="checkbox"/> 18~21時		<input type="checkbox"/> ~ 時		任継被扶養者(配偶者以外)											
「ご予約確定通知」・ 「結果通知」等の送付先住所		〒□□□□-□□□□																			
希望健診機関 (冊子・WEB掲載機関 からお選びください)		第①希望		コード				健診機関名													
		第②希望		コード				健診機関名													
		第③希望		コード				健診機関名													
受診希望日		申込日より3週間以上先の日程でお申込み下さい						混雑等でご希望に添えない場合の 参考情報となりますので必ずご記入ください													
		第①希望		月		日		曜日		ご都合のつかない曜日 (該当曜日に○をしてください)											
		第②希望		月		日		曜日		月		火		水		木		金		土	
		第③希望		月		日		曜日		ご都合のつかない月日											
		第④希望		月		日		曜日													
		第⑤希望		月		日		曜日													
										<input type="checkbox"/> 希望日優先→健診機関よりも希望日を優先して、予約いたします。 <input type="checkbox"/> 健診機関優先→希望日よりも健診機関を優先して、予約いたします。											

受診希望コース・オプション検査			
健診コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック(日帰り)		<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診
	<input type="checkbox"/> 人間ドック(2日)		<input type="checkbox"/> 特定健診
オプション検査 ※健診機関によりご受診出来ない場合もあります	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査		<input type="checkbox"/> 胃部X線検査
	<input type="checkbox"/> 乳房超音波検査		<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(経口)
	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診		<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(経鼻)
【その他ご希望オプション】 ご希望される場合は記載してください		【その他ご希望オプション】※健診機関によりご受診出来ない場合もあります	

●FAX申込の際は、必ずFAX番号をご確認の上ご送信ください。またご記入された健診申込書 FAX・郵送用の控を保管ください。 ●本申込書1枚につき、1名様分のお申し込みとなります。 ●健診機関の空き状況によっては、ご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。 ●オプション検査につきましては、一部の健診機関にて対応していない場合がございます。あらかじめご了承ください。 ●受診日確定のご連絡はご予約確定通知書の発送をもってのご連絡とさせていただきます。 ●受診期間外での受診は補助対象外となり全額返納の扱いになりますのでご注意ください。 ●受診日当日、資格を喪失されている場合は対象外となり、受診できません。

<個人情報の取り扱いについて>

裏面「個人情報取り扱いについて」の内容にご同意の上、お申し込みください。お申し込みいただく事で、個人情報の取り扱いに関して同意したものとさせていただきます。