

郵送先

〒790-8790 愛媛県松山市藤原2-8-8  
(株)ベネフィット・ワン 健診予約受付センター宛

■下記枠内にもれなく必要事項をご記入いただき、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。

コード	
625	0

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。保険証に枝番の記載がある場合も本申込上では枝番の記入は不要です。												
	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
日中連絡先	性別		<input type="checkbox"/> 男性		<input type="checkbox"/> 女性		組合員様に対する続柄						
	<input type="checkbox"/> 自宅		-		-		被扶養者(配偶者)						
	<input type="checkbox"/> 携帯		-		-		被扶養者(配偶者以外)						
	<input type="checkbox"/> 勤務先 組合員様のみ		-		-		任継本人						
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"/> ~ 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	〒□□□□-□□□□												

↓どちらかの健診方法をお選びいただき、ご記入ください。↓

各種健診												
希望健診機関	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	第①希望					月					日	曜日
	第②希望					月					日	曜日
	第③希望					月					日	曜日
	第④希望					月					日	曜日
	第⑤希望					月					日	曜日
※申込日より2週間以上先の日程でお申込みください。												
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												
ご都合のつかない曜日 (該当曜日に○をしてください)						月	火	水	木	金	土	
ご都合のつかない月日						月	日	月	日	月	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"/> 特定健康診査										
オプション検査	<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)										

●本申込書1枚につき、1名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、ご希望に沿えない場合がございます。予めご了承ください。●オプション検査につきまして、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。WEB申し込みの場合は、自動送信メールでのご連絡となります。●受診期間外での受診は補助金対象外となります。ご注意ください。●受診当日、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>掲載の「個人情報の取り扱いについて」の内容にご同意のうえ、お申し込みください。お申し込みいただくことで、個人情報の取り扱いに関して同意したものといたします。

巡回型												
希望会場(巡回健診会場一覧よりお選びください) ※お申込みは受診希望月の前々月の20日までになります												
第1希望	コード											
	希望日	2	0			年				月		日
	会場名											
第2希望	コード											
	希望日	2	0			年				月		日
	会場名											
第3希望	コード											
	希望日	2	0			年				月		日
	会場名											
オプション検査												
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診(ご希望により下記よりオプション検査を選択)												
<input type="checkbox"/> 胃部X線検査	4,400円											
<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診(医師採取)	5,500円											
<input type="checkbox"/> 乳房超音波検査	5,500円											
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査(2方向)	6,600円											
<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査(5臓器)	5,500円											
<input type="checkbox"/> Hb s抗原(定量)/HCV抗体(定量)	4,400円											
<input type="checkbox"/> 眼底検査(両眼)	2,200円											
<input type="checkbox"/> 便潜血検査2回法	1,760円											

●巡回健診での時間指定は出来かねますのでご了承ください。●都合によりやむを得ず健診会場および日程を変更する場合がありますので、予めご了承ください。ご希望会場で受付ができない場合は、健診機関もしくは健診予約受付センターからご連絡いたします。●本申込書1枚につき、1名様分のお申し込みとなります。●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。●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>掲載の「個人情報の取り扱いについて」の内容にご同意のうえ、お申し込みください。お申し込みいただくことで、個人情報の取り扱いに関して同意したものといたします。