

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

■「共済組合員証」、「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」
いずれかをご用意のうえ、もれなくご記入ください。記入後、
ご郵送ください。

コード	
625	0

申込日	西暦	2	0	年		月		日														
組合員等記号・番号	※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は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	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性					
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <small>任継組合員様のみ</small>																	組合員様に対する続柄				
																		被扶養者(配偶者)				
																		被扶養者(配偶者以外)				
																		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	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>																					

↓ 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	直接健診機関へ申込済の場合チェックを入れてください <input type="checkbox"/>																					
	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し込みください。																					
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(健診コースはいずれか1つ)																						
健診コース	<input type="checkbox"/> 特定健康診査 <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)																					
オプション検査	<input type="checkbox"/> 胃部X線 <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査																					
	<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡(経口 または 経鼻) <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診																					
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ																					

●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。予めご了承ください。●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。●受診期限(2/28)を過ぎての受診は補助の対象外となります。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。

巡回健診																					
巡回健診会場と日程はP3をご参照ください ※お申し込みは受診希望月の前々月の20日までにになります																					
第1希望	コード																				
	希望日	2	0			年					月										
	会場名																				
第2希望	コード																				
	希望日	2	0			年					月										
	会場名																				
第3希望	コード																				
	希望日	2	0			年					月										
	会場名																				
オプション検査																					
<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 5,500円 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診(医師採取) 6,050円 <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 6,050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"/> HBs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でき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。●受診期限(2/28)を過ぎての受診は補助の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。