

# 2024年度 河北新報健保組合(社員) 定期健診・人間ドック FAX申込書

- 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。
- 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、健診予約受付センター0800-9199-023までご連絡ください。

※FAX番号をお間違いないようご注意ください。

申込日	2 0 2 4 年	月	日	<b>FAX</b>	<small>ベネフィットワン・ヘルスケア 健診予約受付センター行</small> <b>0800-9199-030</b>		
フリガナ							
(被保険者)氏名							
所属会社					所属部署		
保険証	※右詰めでご記入ください。						
	記号			番号			
フリガナ					性別		
受診者氏名(自署)					男 ・ 女		
生年月日	昭和 平成		年(西暦)	19 20	年) 月 日		
電話番号	自宅	—		—			
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 勤務先	—		—		
現住所	〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]						
予約確認書(受診券) 送付先住所	〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]						
	□同上(現住所と送付先住所が同じ場合はチェックください)						
受診希望コース	一般(法定)健診・人間ドック(いずれか一つをお選びください)						
	<input type="checkbox"/> 一般健診35歳未満		<input type="checkbox"/> 一般健診35歳以上				
	<input type="checkbox"/> 人間ドック(日帰り)	<input type="checkbox"/> 人間ドック(1泊・2日)		<input type="checkbox"/> 人間ドック(MR付)			
	オプション ※補助適用は該当者のみ						
	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ2方向 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ1方向	<input type="checkbox"/> 乳房エコー	<input type="checkbox"/> ABC検査			
	<input type="checkbox"/> 胃部X線(バリウム)	<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡(カメラ)	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 便潜血			
	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡	<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 眼底	<input type="checkbox"/> 脳MR			
	<input type="checkbox"/> PSA(前立腺)	<input type="checkbox"/> 骨密度	<input type="checkbox"/> 喀痰	<input type="checkbox"/> VDT			
	<input type="checkbox"/> その他( )						
希望健診機関	第①希望	コード			健診機関名		
(健診機関リストを参照のうえ、 受診項目毎に第3希望まで ご記入ください)	第②希望	コード			健診機関名		
	第③希望	コード			健診機関名		
希望日	予約は申込日より2週目以降の日程でお申込みください。						
(受付時間は 健診機関指定時間 となります)	第①希望		月		日 曜日		
	第②希望		月		日 曜日		
	第③希望		月		日 曜日		
その他	ご都合のつかない 曜日	月・火・水・木・金・土・日			手配優先 順位	<input type="checkbox"/> 希望日	<input type="checkbox"/> 健診機関
	ご都合のつかない 月日	月 日 / 月 日 / 月 日				※いずれかを優先し予約いたします。	

- FAX送信の際は、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FAX申込書の控えを保管ください。
- 本申込書1枚につき、1名分のお申込みとなります。
- 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あります。予めご了承ください。

- 受診日確定のご連絡は、予約確認書(受診券)の発送をもってのご連絡とさせていただきます。
- 当日のオプション申込は補助適用外となり、ご自身の負担となります。
- 受診日当日、資格を喪失されている場合は、補助対象外となります。