

受付は先着順のため希望の会場で受診できない場合があります。早めに申込みください。

巡回レディース健康診断申込用紙

・ボールペン等を使用し、太枠内をはっきりご記入ください
・「消せるボールペン」は使用しないでください

NO.

① 健保組合	名 称		西武健康保険組合									
	記 号 ・ 番 号		記 号					番 号				
	※被保険者証(保険証)をご確認ください。											

② 受診者	受 診 者 氏 名	フリガナ											被保険者との続柄	☐ 被扶養者(学生除く) ☐ 任意継続者	
		漢 字													
	生 年 月 日		西 暦		年 月 日 (歳)										
	住 所		〒				—								2025年3月31日時点での年齢をご記入ください
	※マンション等にお住まいの方は建物名・部屋番号等必ずご記入ください。														
	電 話 番 号		() () 日中連絡できる番号をご記入ください												

③ 被保険者	会 社 名											
	被保険者氏名											

④ 希望会場	可能な限り第3希望まで記入してください。		会 場 名				会場コード(9ケタ)必ずご記入ください						※お申込みは、受診希望日の前々月20日までに必着。 受診希望日		
	第1希望														月 日
	第2希望														月 日
	第3希望														月 日

⑤ 実施する基本コース(必須)とオプション検査	希望するものに○をつけてください		検 査 項 目				自己負担(税込)							
							40歳未満の方							
	基本コース	○	・基本検査				0円							
			・胃部X線検査(間接撮影)				5,500円							
	オプション検査	いずれか1つ選択	・乳房超音波検査(エコー)				3,050円							
			・乳房X線検査(マンモグラフィ)				3,600円							
			・乳房超音波検査+乳房X線検査(両方実施)				9,650円							
			・子宮けい部細胞診(医師採取法)				3,050円							
			・腹部超音波検査				5,500円							
			・眼底検査				2,200円							

※一部の会場では乳房X線検査を実施いたしませんので、申込時に会場一覧でご確認をお願いします。
※上記以外のオプション検査の料金を追加した場合の自己負担については、健診会場でご確認ください(健保補助はありません)。
※巡回レディース健康診断を受けた年度に、人間ドックの補助を受けることはできません。
※オプションで乳房超音波検査・乳房X線検査および子宮けい部細胞診を受けた年度に、乳がん検診・子宮けいがん検診の補助を受けることはできません。
※受診日に西武健保の資格を喪失している方は受診できません。

【個人情報の取扱いについて】	「個人情報の取扱いについて」同意します
【利用目的】当申込書による個人情報は適正な健康診断業務を行うために実施するものです。当申込書に必要な情報の記載がない場合、適正な健康診断業務に支障をきたす恐れがありますのでご了承ください。	ご署名(受診者)
【委託】個人情報取扱業務の一部を外部専門機関に委託する場合がございますが、この外部機関は、当会で定めた規定に基づいて選定し、個人情報の取扱いに関する契約を交わします。	
【提供】健康診断の実施主体である健康保険組合に対し、契約に基づき健診結果につきましては、提供することがあります。報告に同意されない方は、お申し出ください。	
【開示・訂正】当会の管理するすべての個人情報につきましては、ご本人による開示・訂正・削除・利用停止等の権利を行使することができます。この場合は次の個人情報窓口までご連絡ください。(お問合せ：TEL03-5803-3377代表)	

一般社団法人 全国健康増進協議会

(全国健康増進協議会利用欄)

＜申込用紙送付先＞〒113-0033
東京都文京区本郷4丁目24-8 春日タワービル12階
一般社団法人 全国健康増進協議会
巡回レディース健康診断 担当者 行

受付	処理	完了

11077