同友会巡回レディース健康診断係行き

2023年度　巡回レディース健康診断申込書

他の健診（受診券利用、他の旭化成健保契約健診など）との併用はできませんので、ご注意ください。

健康保険組合名		旭化成健康保険組合	
保険証記号番号		記号	番号
受診者	フリガナ	保険証に記載されている氏名通りご記入ください	
		（姓）	（名）
	氏名		
	属性	○ 被扶養者 *ご主人またはご家族の方に扶養されている方	
	生年月日	昭・平　　年　　月　　日　（　　才） （西暦：　　年）　＊2024年3月31日時点の年齢をご記入ください	
	住所	□□□－□□□□	
	電話番号	（　　）	
	日中連絡先	（　　）	
選択項目		該当するものに○印をご記入下さい。 注：○印のないものは「受診しない」とみなします	
	乳がん検査	乳房X線（マンモグラフィ）　乳房超音波（エコー）　受診しない マンモグラフィ￥6,600（マンモグラフィを実施しない会場もございますのでご注意ください）、エコー￥5,500	
	子宮頚部細胞診 ¥5,500	受診する　受診しない	
	胃部X線検査 ¥4,400	受診する　受診しない	
	腹部超音波検査 ¥5,500	受診する　受診しない	

		会場コード(9ケタ)	健診予定日	会場名
希望会場	第１希望		年　月　日	
	第２希望		年　月　日	
	第３希望		年　月　日	

＊個人情報の取扱いについて

健康診断により知り得た情報は、あなたの健康管理に役立てることを目的に適正に管理します。

第三者に漏洩することのないよう厳重に保管いたします。

《問合せ先》 医療法人社団　同友会　電話03－6891－2252

集705-20230517

06450019-02