

↑送信方向↑

ベーシックドック申込書

↑送信方向↑

(一財)日本予防医学協会 健診サポートセンター TEL:03-6759-9289

FAX:03-3635-1064

月～金/10:00～17:30

個人情報取扱いについて

お預かりした個人情報は、大阪読売健康保険組合より委託された業務のために、健診機関・運送機関・その他の関係する第三者に提供します。健診結果については、健康保険組合において保健指導や今後の保健事業に活用するため、日本予防医学協会が健診機関より回収し、健康保険組合に提供します。また、厚生労働省令の定めに基づき、匿名化したうえで、関係機関への集計・報告業務に使用いたします。以上のことに同意のうえ、お申込みください。

健診の受診について

受診当日に大阪読売健康保険組合が定めた受診資格がある方に限ります。資格喪失後の受診に関しては全額返納の扱いになりますのでご注意ください。

①受診者情報 ※健康保険証をご用意のうえ、太枠内をもれなく記入してください。

送信日 年 月 日

保険者番号(8ケタ)	保険者名称(健康保険組合名称)	保険証記号	保険証番号
0 6 2 7 1 3 9 9	大阪読売健康保険組合		
フリガナ		性別	続柄
漢字氏名		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(配偶者) <input type="checkbox"/> 被扶養者(配偶者以外)
生年月日	西暦 19 年(昭和・平成 年) 月 日		
現住所	〒 -		
(送付先住所) 現住所と異なる場合のみ記入してください。	〒 - ※勤務先に送付希望の場合は部署名も記入してください。		
電話番号	- -	FAX番号	- -
日中連絡先	携帯電話など必ず連絡のとれる電話番号を記入してください。 - - 携帯・自宅・勤務先・その他(連絡先名)		

②受診先 ※健診施設コード・名称は受診ナビ(<https://kenshin-jpm.jp/o-yomiuri>)等を参照のうえ、もれなく記入してください。

健診施設コード (必ずご記入ください)	健診施設名称 (正確にご記入ください)								
受診希望日 ご希望日の最低1ヶ月前までに 申し込んでください。	第1希望 月 日()	受診希望日で予約が確定しなかった場合の代案希望条件							
	第2希望 月 日()	※混雑時などご希望に添えない場合の参考情報となりますので、必ず記入してください。							
	第3希望 月 日()	①受診を希望する月	月						
	第4希望 月 日()	②都合のつかない曜日	月	火	水	木	金	土	日
	第5希望 月 日()	③ " 月日	月 日	月 日	月 日				

③受診希望

	名称	備考	
健診コース	<input type="checkbox"/> ベーシックドックメンズ(生活A)	※男性のみ ※胃がん(胃部X線)・大腸がん(便潜血)の各検査を含みます。	
	<input type="checkbox"/> ベーシックドックメンズ(生活A)/50歳以上	※男性のみ ※胃がん・大腸がんに加え前立腺がん検査(PSA)を含みます。	
	オプション検査		
	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査(経口)に変更を希望	※自己負担となります	
	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査(経鼻)に変更を希望		
	<input type="checkbox"/> ベーシックドックレディース(生活B)/マンモ	※女性のみ ※大腸がん検査(便潜血)と乳がん検査(マンモグラフィーまたは乳房エコー)と子宮頸がん検査(細胞診)が含まれます	
<input type="checkbox"/> ベーシックドックレディース(生活B)/乳房エコー			

④同行者情報 ※複数人で一緒に受診を希望される方は、各人の申込書に人数・同行者名をご記入のうえ、全員分まとめて送付してください。

同行者合計(ご自身を含む)

同行者カタカナ氏名/同行者名をご記入下さい

名