

レディース健診申込書兼同意書

★【A】集団検診で受診される方は、必ず事前に健保に提出してください。★
 ★【B】(財)日本予防医学協会に申込み方は、この申込書の提出は不要です。★

【A】 集団検診で受診を希望される方は、こちらにご記入ください。

① 希望会場 ・希望される会場を○で囲んでください。(複数可)

【A】 集 団 検 診			
湘南センター	甲府東工場	愛鷹工場	新宿ロイヤル診療所
※ 8/24・8/25	※ 9/7・9/8	※ 9/28・9/29	※ 9/28・9/29
どちらでもよい	どちらでもよい	10/19・10/20 どの日でもよい	10/5・10/6 どの日でもよい
※ご希望の日を○で囲んでください。(複数可) (人数の関係でご希望にそえないこともあります)			

■必要な方は、②～⑤を記入してください。

② 40歳以上の方へ ・乳がん検診はエコーかマンモグラフィーかどちらかを必ず選択してください。(○で囲む)

エコー マンモ ※次年度はマンモの補助はありません。

③ 50歳以上の方へ ・喀痰検査を希望する方のみ○で囲んでください。
(喫煙(歴)者)

希望します

④ 歯科検診 ・受診希望の場合のみご記入ください。(人数把握のため)

本人 ・ 子供 (歳)、(歳)、(歳)

★8/25、9/8、10/19・20は歯科検診を実施しません。ご注意ください。

★新宿ロイヤル診療所では歯科検診は実施しません。

⑤ ベビー&キッズ ・利用される方はご記入ください。(人数把握のため)
ルーム

子供： 名 (歳)、(歳)、(歳)

★新宿ロイヤル診療所にはごさいません。ご注意ください。

■ご意見、ご要望等がございましたらご記入下さい。

●私は下記(1)(2)(3)同意の上、「レディース健診」を申し込みます。

ご 主 人	
保険証 記号・番号	—
氏 名	
社員番号	
所属部署	
勤務地	

奥 様 (受 診 者)	
氏 名	
生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	(〒 -)
電話番号	

- (1)私の検査結果を検診機関がテルモ健康保険組合に提供すること。
- (2)私の検査結果をテルモ健康保険組合が二次検査実施機関に提供すること。
- (3)健診費用の自己負担分を主人の給与から天引徴収すること。(新宿ロイヤル診療所受診者は除く)

※必ず記入・捺印してください。(記入漏れにご注意を)

氏 名: _____ 印 _____