

2024年度 日本電気健康保険組合 健診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、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。

株式会社ベネフィット・ワン
健診予約受付センター宛

※FAX番号をお間違いないようご注意ください。

申込日	20		年		月		日	FAX	0800-9199-030		
フリガナ									性別	男・女	
受診者氏名(自署)											
健康保険 記号番号	※桁数お間違いないか確認ください。										
	記号					番号					
生年月日	昭和 平成			年(西暦)			年		月		日
電話番号	自宅	—				—				連絡の つきやすい 時間帯	□10~12時 □12~18時 □18~21時 □ ~ 時
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 勤務先	—				—				
現住所	〒□□□□-□□□□										

受診希望コース	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック(胃部X線)										
受診希望オプション (※複数選択可能)	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診(医師採取)					<input type="checkbox"/> PSA					健診機関によって 実施有無や料金が 異なります。
	<input type="checkbox"/> 乳がん マンモグラフィ					<input type="checkbox"/> 胃内視鏡への変更					
	<input type="checkbox"/> 乳がん エコー										
希望健診機関 (健診機関リストを参照のうえ、 第3希望までご記入下さい)	第①希望	コード							健診機関名		
	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 (受付時間は 健診機関指定時間 となります)	申込日より2週間以上先の日程でお申込み下さい。										
	第①希望(必須)			月			日		曜日	ご都合の つかない 曜日	月・火・水・木・金・土・日
	第②希望(必須)			月			日		曜日		
	第③希望(必須)			月			日		曜日	ご都合の つかない 日付	
	第④希望			月			日		曜日		
第⑤希望			月			日		曜日	手配優先順位	<input type="checkbox"/> 希望日 <input type="checkbox"/> 健診機関	
直接予約済みの方 受診日			月			日		曜日	必ず健診機関に予約してからご記入ください。 健診機関名は、上部の希望健診機関名に記入ください。		
その他備考 (曜日希望等)											

- 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、予約確定書(受診券)の発送をもってのご連絡とさせていただきます。
- 受診期限外での受診は補助対象外となります。ご注意ください。
- 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。