

# 協会(若年・家族)申込書

【検査項目】診察・血圧・身長・体重・視力・聴力・血液検査・心電図検査・尿検査・胸部X線検査

※女性(被保険者)で子宮がん検査をご希望の方は、年齢によって別途申込が必要になります。(20・30歳代の子宮がん検査)

【検査料金】胃・便なし 9,900円(税込) 胃・便あり 19,800円(税込)

◎セット料金になっておりますので未実施検査がある場合でも料金の減額はありません。

【申込方法】受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。

(全国健康保険協会への郵送は不要です)

【対象者】被保険者:当該年度34歳以下/被扶養者:当該年度39歳以下

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話番号	( ) ( ) ( )		
FAX番号	( ) ( ) ( )		
健康保険証:記号		事業所ご担当者	

送付先:(支店・営業所・自宅等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入下さい

送付先住所 □会社 □自宅	〒 _____		
電話番号	( ) ( ) ( )		
		送付先ご担当者	

◎希望コースに○をして下さい

健康保険証 番号	<input checked="" type="radio"/> 家 <input type="radio"/> 本・家	フリガナ	性別	生年月日	受診予約日	若年層PLUS 胃・便あり 19,800円	若年層 胃・便なし 9,900円	※婦人科希望 の方は○を つけて下さい。
		お名前						
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 :			
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 :			
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 :			
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 :			
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 :			
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 :			
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 :			
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 :			
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 :			

医療法人社団 さわやか済世 健診プラザ日本橋

健診予約センター(葛飾健診センター内):0120-489-231 直通:03-3693-7240

◎お問合せ時間 AM9:00 ~ 12:00 PM1:00 ~ 4:30

**FAX 03-5654-3206**