

日本健康倶楽部 ルネサス健康保険組合担当御中

レディース健診(前期) 申込書

※太枠線内はすべてご記入下さい。

申込日 年 月 日

本人情報

被保険者証の記号・番号				団体名	
記号		番号 (右詰め)		ルネサス健康保険組合	
受診者 氏名	フリガナ			生年月日	年齢 (2020年3月31日時点)
	(印)			昭和・平成 年 月 日	才
住所	〒				
TEL				FAX	

受診希望内容

会場・実施日	第一希望	エリア:()日程:(月 日)	実施が1回のみエリアについては記入不要です。	
	第二希望	エリア:()日程:(月 日)		
健診コース	健診コース	婦人科健診コース	自己負担額 1,500円	必須受診となります
	オプション	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 <input type="checkbox"/> 腹部超音波(エコー)検査 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査<45才以上のみ> <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン機能検査 <input type="checkbox"/> B型・C型肝炎ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> ABC検査	3,000円 1,500円 0円(負担なし) 2,800円 1,800円 4,000円	希望の内容を選択してください
自己負担額合計			円	合計金額を記入ください。

<申込みに際しての留意点>

- ①申込数が、各開催日程で最少催行人数(30名)に満たない場合は、健診は中止となります。
- ②申込み数によって、開催の可否を決定しますので、必ず、申込期限までにお申込下さい。
- ③「検尿・便、子宮細胞採取」等、自身で採取する検体は生理中には行えませんが、後日郵送での検査が可能ですので、ご希望の方は健診当日受付にご相談下さい。(提出期限あり)
- ④受診当日に健診コース内の検査をキャンセルされた場合、検査分の費用はご返金できません。(オプション検査は除く)
- ⑤お子様を連れての来場はご遠慮下さい。
- ⑥申込みが集中した場合は、受診日を希望エリア内で調整させて頂く場合がございます。

<送付先>

・FAXの場合: 045-303-1263

・郵送の場合:

〒246-0031 神奈川県横浜市瀬谷区瀬谷4-5-2 瀬沼ビル2F

日本健康倶楽部 横浜支部 ルネサス健康保険組合担当 御中

<問合せ先>

日本健康倶楽部 横浜支部

TEL:045-303-9622 (平日のみ 9:00~17:00)