

**2017年度 JALライト健康診断申込書
(大阪・福岡 巡回健診専用)**

受診当日に資格のある方に限ります。資格喪失後は受診できません。

■ 日本予防医学協会健診サポートセンター宛(JAL健保専用)

送信日 年 月 日

FAX 03-5213-0855

健診サポートセンター TEL 03-6758-7380 (月～金/10:00～17:30)

【申込期間】

2017年11月15日(水)～各会場実施日の1ヶ月前まで

① 申込希望会場 ※ご希望の健診会場左側の空欄に「○」印をご記入の上、希望日をご記入ください。

実施医療機関 : 医療法人社団 同友会

○印欄	開催地区	健診会場	実施日程	第1希望日	第2希望日
	大阪	千里阪急ホテル	2月28日(水)・3月5日(月)	月 日()	月 日()
	福岡	福岡シーホークホテル	3月1日(木)	月 日()	

<ご注意> お申込みの際には、希望のお時間は承れません。
また、応募が定員に達し次第、お申込みを終了とさせていただきますので、予めご了承ください。

② 受診者情報 ※被保険証をご用意の上、もれなくご記入ください。

保険者番号※何れかに○	06132765 63132765	保険者名称	日本航空健康保険組合		保険証記号	保険証番号
フリガナ		性別	男・女	被保険者様に対する続柄(○で囲んでください)		
受診者氏名		本人・被扶養者・被扶養配偶者				
生年月日	西暦 19 年 (昭和・平成 年) 月 日	日中連絡先TEL:	-	-		
送付先住所	自宅	〒 - TEL - -				
	送付希望先	〒 - TEL - - (内線)				

(ご自宅以外を希望される場合のみ、ご記入ください)

*同行者情報 ※複数人で同日受診希望の方は各人の申込書にそれぞれ人数・代表者名を記入の上、全員分まとめて送付願います。

同行者合計(ご自身を含む)	代表者カタカナ氏名(全員の申込書に同じ代表者名をご記入ください)	代表者との関係
_____名	_____	_____

※同じ会場をご一緒に受診希望の方がいる場合のみ、ご記入ください。

③ 受診希望内容 ※ご希望の健診・検査名称左側の空欄に「○」印をご記入ください。

○印欄	健診コース・検査名称	自己負担額(税込)
健診コース ※ご希望コースを1つご選択ください。	特定健診	¥0
	生活習慣病Aコース	¥3,100
婦人科オプション ※複数ご選択いただけます。	乳房超音波(エコー)	¥0
	マンモグラフィ(乳房X線)	
	子宮頸がん細胞診	
	子宮頸がん細胞診&HPV検査	

<ご注意>

●今年度、すでにJAL健保の補助を利用して健診を受診された方は受診できません。