

# 2017 JALヘルシーフェスタ FAX申込書 【大阪・福岡】

■ 日本予防医学協会健診サポートセンター宛(JAL健保専用)

**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)~各会場開催日の3週間前まで

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。

①受診者情報 ※保険証をご用意の上、もれなくご記入ください。

送信日 年 月 日

保険者番号 ※何れかに○	保険者名称	保険証記号	保険証番号
06132765 63132765	日本航空健康保険組合		
フリガナ		性別	被保険者様に対する続柄(○で囲んでください)
受診者氏名		男・女	本人・被扶養者・被扶養配偶者
生年月日	西暦 年(昭和・平成 年) 月 日 ( 歳)	日中連絡先TEL:	- -
送付先住所	自宅	TEL FAX	- -
	送付希望先 <small>※ご自宅以外を希望される場合のみ、ご記入ください</small>	TEL	-

※住民票がない場所へ送付する場合は、〇〇様方までご記入ください。

\* 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	_____	_____

②申込内容 ※ご希望の日程をご記入いただき、ご希望の健診会場に「○」印をつけてください。

	日程	健診会場
第1希望日	月 日 ( )	ウェルビーイング博多・ル・センティフォーリア大阪
第2希望日	月 日 ( )	ウェルビーイング博多・ル・センティフォーリア大阪

<ご注意> FAXでのお申込みは希望のお時間を承れません。「予約結果通知書」に記載されているお時間が決定された時間となります。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。

③受診希望内容 ※ご希望の健診コース・検査項目左側の空欄に「○」印をご記入ください。

○印欄	健診コース・検査項目	自己負担額(税込)
健診コース※1 <small>※どちらか一つ選択</small>	特定健診	0円
	生活習慣病Aコース	6,600円
オプション検査 <small>※事前申込み項目</small>	腹部エコー検査	3,500円
	骨密度検査	800円
婦人科オプション <small>※複数選択可</small>	乳房超音波(エコー)	0円
	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※2	

<ご注意ください>

- 今年度、既に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。
- 婦人科検診はいずれか1項目だけでも受診した場合は、今年度の婦人科健診の補助を利用したことになります。
- 申込状況により開催が中止となる会場もございますので、予めご了承ください。

※1 配偶者以外の被扶養者の方は、特定健診のみ受診できます。

※2 HPV検査は、事前のお申込みの方も含め、当日受付にて確認後追加となります。