

2018 JALヘルシーフェスタ FAX申込書

※一人一枚必要です。
※記入例は、P16にあります。

■ 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】

2018年5月24日(木)～各会場健診日の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 2018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	日本航空健康保険組合		
63132765			
フリガナ		性別	被保険者様に対する続柄(○で囲んで下さい)
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	-	-
	送付希望先	-	-

※自宅以外を希望の場合のみ、ご記入ください。 ※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・氏名を記入の上、全員分まとめて送付願います。

同行者合計(ご自身を含む) 同行者カタカナ氏名(全員の上、全員分まとめて送付願います)

_____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()	ホテルニューオータニ・第一ホテル東京シーフォート・東京プリンスホテル・東京マリオットホテル ホテルグランドパレス・成田オペレーションセンター・ホテルオークラ東京ベイ・成田ビューホテル ホテルニューオータニ幕張・パシフィック横浜・鎌倉プリンスホテル・ナビオス横浜
第2希望日	月 日()	ホテルニューオータニ・第一ホテル東京シーフォート・東京プリンスホテル・東京マリオットホテル ホテルグランドパレス・成田オペレーションセンター・ホテルオークラ東京ベイ・成田ビューホテル ホテルニューオータニ幕張・パシフィック横浜・鎌倉プリンスホテル・ナビオス横浜
第3希望日	月 日()	ホテルニューオータニ・第一ホテル東京シーフォート・東京プリンスホテル・東京マリオットホテル ホテルグランドパレス・成田オペレーションセンター・ホテルオークラ東京ベイ・成田ビューホテル ホテルニューオータニ幕張・パシフィック横浜・鎌倉プリンスホテル・ナビオス横浜

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 ※どちらか一つ選択	<input type="radio"/>	特定健診	0円
	<input type="radio"/>	生活習慣病Aコース	6,900円 (成田オペレーションセンターのみ) 4,300円
オプション検査 ※事前申込み項目	<input type="radio"/>	腹部エコー検査	3,500円
	<input type="radio"/>	骨密度検査	800円
婦人科オプション ※複数選択可	<input type="radio"/>	乳房超音波(エコー)	0円
	<input type="radio"/>	マンモグラフィ(乳房X線)	
	<input type="radio"/>	子宮頸がん細胞診	
	<input type="radio"/>	子宮頸がん細胞診&HPV検査※2	

<ご注意ください①>

- 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お申込みできません。
- 婦人科健診はいずれか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。

<ご注意ください②>

- FAXでのお申込みは希望の時間を承れません。「予約結果通知書」に記載されている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、お申し込みを終了させていただきますので予めご了承ください。
- 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。

《記入例》2018 JALヘルシーフェスタ FAX申込書

※一人一枚
必要です。

■ 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】

2018年5月24日(木)~各会場健診日の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 2018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	1 2 3 4 5	6 7 8 9 0
フリガナ	コウクウ ハナコ	性別	被保険者様に対する続柄(○で囲んで下さい)
受診者氏名	航空 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	本人・被扶養者 <input checked="" type="radio"/> 被扶養配偶者 <input type="radio"/>
生年月日	西暦 19○○年(昭和・平成 ○○年) ○月 ○日 (44歳)	日中連絡先TEL: 000 - 0000 - 0000	
送付先住所	自宅	〒 000 - 0000 00 - 0000 - 0000 00 - 0000 - 0000	
	送付希望先	〒 - - - - 東京都大田区○○ 1-0-1	

※自宅以外を希望の場合のみ、ご記入ください。 ※住民票がない場所へ送付する場合は、○○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・氏名を記入の上、全員分まとめて送付願います。

同行者合計(ご自身を含む)	同行者カタカナ氏名(全員の申込書に同行者名をご記入ください)
2 名	コウクウ タロウ

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(○)	<input checked="" type="radio"/> ホテルニューオータニ 第一ホテル東京シーフォート・東京プリンスホテル・東京マリオットホテル ホテルグランドパレス・成田オペレーションセンター・ホテルオークラ東京ベイ・成田ビューホテル ホテルニューオータニ幕張・パシフィック横浜・鎌倉プリンスホテル・ナビオス横浜
第2希望日 ○月○日(○)	ホテルニューオータニ・第一ホテル東京シーフォート <input checked="" type="radio"/> 東京プリンスホテル・東京マリオットホテル ホテルグランドパレス・成田オペレーションセンター・ホテルオークラ東京ベイ・成田ビューホテル ホテルニューオータニ幕張・パシフィック横浜・鎌倉プリンスホテル・ナビオス横浜
第3希望日 ○月○日(○)	ホテルニューオータニ・第一ホテル東京シーフォート・東京プリンスホテル・東京マリオットホテル <input checked="" type="radio"/> ホテルグランドパレス・成田オペレーションセンター・ホテルオークラ東京ベイ・成田ビューホテル ホテルニューオータニ幕張・パシフィック横浜・鎌倉プリンスホテル・ナビオス横浜

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 ※どちらか一つ選択	<input type="radio"/>	特定健診	0円
	<input checked="" type="radio"/>	生活習慣病Aコース	6,900円 (成田オペレーションセンターのみ 4,300円)
オプション検査 ※事前申込み項目	<input checked="" type="radio"/>	腹部エコー検査	3,500円
	<input checked="" type="radio"/>	骨密度検査	800円
婦人科オプション ※複数選択可	<input checked="" type="radio"/>	乳房超音波(エコー)	0円
	<input checked="" type="radio"/>	マンモグラフィ(乳房X線)	
	<input type="radio"/>	子宮頸がん細胞診	
	<input checked="" type="radio"/>	子宮頸がん細胞診&HPV検査※2	

＜ご注意ください①＞

- 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お申込みできません。
- 婦人科健診はいずれか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。

＜ご注意ください②＞

- FAXでのお申込みは希望の時間を承れません。「予約結果通知書」に記載されている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、お申し込みを終了させていただきますので予めご了承ください。
- 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。