

記入例

2018年度 JALライト健康診断申込書(巡回健診申込専用)

※一人一枚必要です。

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 **2018年 11月 15日**

FAX 03-5213-0855

【申込期間】
2018年11月14日(水)～各会場実施日の1ヶ月前まで

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

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
	札幌	健診センター診療所	3月4日(月)・3月8日(金)	月 日()	月 日()
	札幌	札幌総合健診センター	3月5日(火)・3月7日(木)	月 日()	月 日()
○	成田	成田国際文化会館	2月16日(土)・3月16日(土)	2月 16日(土)	月 日()
	浦安	浦安社宅	3月1日(金)・3月2日(土)	月 日()	月 日()
	横浜	新横浜グレイスホテル	3月4日(月)・3月15日(金)	月 日()	月 日()
○	佐倉	湯ばらだす佐倉	3月5日(火)・3月6日(水)	月 日()	3月 6日(水)
	船橋	船橋グランドホテル	3月7日(木)	月 日()	月 日()
	幕張	アパホテル&リゾート 東京ベイ幕張 (TKPガーデンシティ幕張)	3月14日(木)	月 日()	月 日()
	大阪	千里阪急ホテル	2月27日(水)・3月4日(月)	月 日()	月 日()
	福岡	福岡シーホークホテル	3月1日(金)	月 日()	月 日()
	沖縄	浦添総合病院	3月1日(金)～3月8日(金) ※日曜除く	月 日()	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	保険者名称 日本航空健康保険組合	保険証記号	1 2 3 4	保険証番号	5 6 7 8 9
○	63132765					
フリガナ	フ リ ガ ナ	コウクウ ハナコ	性別	被保険者欄に対する続柄(○で囲んでください)		
受診者氏名	航空 花子		男・ 女	本人・被扶養者・ 被扶養配偶者		
生年月日	西暦 1952 年 (昭和 ・平成 27 年) 11 月 10 日		日中連絡先TEL:	000 - 0000 - 0000		
送付先住所	自宅	〒 000 - 0000	TEL	000 - 000 - 0000		
	送付希望先	千葉県成田市〇〇 1-1-1	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)
2 名	コウクウ タロウ

※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)
	特定健診	¥0
○	生活習慣病Aコース	¥3,100 【沖縄】浦添総合病院 ¥8,000
○	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	

※【北海道】健診センター診療所・札幌総合健診センター・【沖縄】浦添総合病院は、子宮頸がん細胞診&HPV検査のセット受診となります。子宮頸がん細胞診のみは選択できませんご注意ください。

<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。