

巡回レディース健康診断申込用紙

※ボールペン等を使用し、太枠内をはっきりご記入ください
※「消せるボールペン」は使用しないでください

ご案内書裏面の「個人情報の取り扱いについて」の内容を理解し、個人情報の取り扱いについて同意します。ご同意いただけない場合、巡回レディース健康診断をお申込みいただけませんので、必ずご署名をお願いします。

本人署名

本人署名欄

① 健保組合	保険証 記号・番号	名称	中央ラジオ・テレビ健康保険組合	
	確認方法 ・マイナンバーカード保険証(マイナポータル上) ・資格確認書(有効期限内) ・既存の健康保険証(有効期限内)	記号	番号(枝番は記入不要)	

② 受診者	受診者 氏名	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 事業所勤務の方の被扶養者 <input type="checkbox"/> 任意継続・特例退職被保険者本人とその被扶養者
		漢字			
	生年月日	西暦 年 月 日 () 歳 2026年3月31日時点での年齢をご記入ください			
	住所	<input type="text"/> - <input type="text"/> <small>※マンション等にお住まいの方は建物名・部屋番号など必ずご記入ください</small>			
電話番号	日中連絡できる番号をご記入ください	【自宅】 ()	【携帯】 ()		
メールアドレス					@
③ 被保険者	勤務事業所名				
	被保険者氏名				

※お申込みは、受診希望日の前々月20日必着となります。 お申込み最終期限：2026年1月20日 受診期限：2026年3月31日

④ 希望会場	会場名	会場コード(9ケタ) もう一度確認してください	受診希望日
	第1希望	-	月 日
	第2希望	-	月 日
	第3希望	-	月 日

⑤ 実施するコースとオプション項目	↓○	項目名	自己負担金(税込)	
			事業所勤務の方の被扶養者	任継・特退被保険者被扶養者
○		基本検査	0円	3,000円
	いずれか一つに必ず○を記入する	乳房X線検査(マンモグラフィ)	0円	0円
		乳房超音波検査(エコー)	0円	0円
		乳房X線検査(マンモグラフィ)+乳房超音波検査(エコー)セット	6,050円	6,050円
	いずれか一つに必ず○を記入する	子宮頸部細胞診(医師採取)	0円	0円
		子宮頸部細胞診(医師採取)+HPV検査	6,050円	6,050円

※婦人科項目に○の記入がない場合は、乳房超音波検査(エコー)・子宮頸部細胞診(医師採取)を実施させていただきます。
※乳房X線検査(マンモグラフィ)は、実施していない会場がございます。巡回レディース健診受診会場リストでご確認ください。
決定会場によっては、乳房超音波検査(エコー)に変更させていただく可能性がございます。

【個人情報の取り扱いについて】
・この申込みで収集した個人情報は健保組合と全国健康増進協議会で適正に管理し、健診と健保組合の保健事業の目的以外には使用しません。



受付	処理	完了
----	----	----

1 3 3 1 6