

パナソニック健康保険組合  
健診申込書 FAX・郵送用

巡回型

(株)ベネフィットワン・ヘルスケア  
健診予約受付センター 宛

コード	
000600	1

FAX : 089-900-8281

※FAX番号をお間違いないようご注意ください。

郵送先 : 〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8  
問合せ先 : 0800-9199-029

※記入漏れのないよう正確にご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。  
※申込書はおひとりにつき1枚必要です。

パナソニック健康保険組合の健診・保健指導等における個人情報の取り扱いについて同意の上、健診を申し込みます。  同意して申込む

申込日	西暦	2	0	年		月		日	※左詰めでご記入ください			
健康保険証番号	※番号は8桁で記入してください。桁数が足りない場合は、番号の前に0を追加してください											
	記号											
受診者氏名	セイ								メイ			
	姓								名			
生年月日	西暦	1	9	年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
連絡先1	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 勤務先						-			
連絡先2	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 勤務先						-			
連絡のつきやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 10~12時	<input type="checkbox"/> 12~18時	<input type="checkbox"/> 18~21時	<input type="checkbox"/> その他 (		~		時)				
「お申込内容のお知らせ」 「健康診断申込確認書」 「結果通知」等の 送付先住所	〒											
希望会場 [2019年度健診ガイドブック] P.30~P.71より お選びください ※お申し込みは受診希望 月の前々月の20日まで (パナソニックリゾート は受診希望日の5週間 前まで)	第①希望	コード								会場名		
		希望日	2	0	年		月		日			
		パナソニックリゾート大阪をご希望で健診日前日の 宿泊をご希望の場合は、右記の「宿泊希望」欄にチェックをお願いします										宿泊希望
	第②希望	コード									会場名	
		希望日	2	0	年		月		日			
		パナソニックリゾート大阪をご希望で健診日前日の 宿泊をご希望の場合は、右記の「宿泊希望」欄にチェックをお願いします										宿泊希望
	第③希望	コード									会場名	
		希望日	2	0	年		月		日			
		パナソニックリゾート大阪をご希望で健診日前日の 宿泊をご希望の場合は、右記の「宿泊希望」欄にチェックをお願いします										宿泊希望
<b>受診希望コース・オプション検査 (記載金額は自己負担額 (税込) です)</b>												
<input type="checkbox"/> 特定健診コース (オプション検査は選択できません)										無 料		
<input type="checkbox"/> おすすめ健診コース (ご希望により下記よりオプション検査を選択)										1,000円		
オプション検査 ※子宮頸がん検診・乳がん検診のオプ ション検査の追加可否は健診会場 により異なります。 詳しくは「2019年度 健診ガイド ブック」(P.30~P.71)をご参照く ださい。	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査										1,500円	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査 (医師採取)										無 料	
	<input type="checkbox"/> 乳がん検査 (マンモグラフィ)										いずれか一方のみ無料・ 両方申込の場合は 5,000円	
	<input type="checkbox"/> 乳房超音波検査											
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査										5,000円	
	<input type="checkbox"/> 肝炎セット検査 (血液検査HBs抗原・HCV抗体)										4,000円	
	<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 (血液検査ヘリコバクターピロリ抗体・ペプシノーゲン)										4,000円	
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査男性 (血液検査CA19-9・CEA・PSA)										6,000円	
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査女性 (血液検査CA19-9・CEA・CA125)										6,000円	
<input type="checkbox"/> 眼底検査										1,800円		
夫婦同日受診をご希望の場合は相手のお名前をご記入ください (漢字) ※ご記入いただいた方も別途申込書が必要です。												

- 【注意事項】**
- 受診時間の指定等はできかねますのでご了承ください。
  - 男性と女性の受診時間帯を分けて健診を実施しておりますので、ご家族で同日お申込みの場合も、受診時間帯が異なりますのでご了承ください。
  - 都合によりやむを得ず健診会場および日程を変更する場合がありますので、予めご了承ください。
  - 実務処理の関係で、ご家族で同日申込みの場合でも、健診案内が別の日に到着する場合がありますのでご了承ください。
  - ご希望の会場で受付ができない場合は、健診機関もしくは健診予約受付センターからご連絡いたします。
  - FAX送信後、1週間以上経過しても健診予約受付センターから「健康診断お申込内容のお知らせ」が届かない場合、もしくは連絡がない場合は、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。
  - システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。
  - 実施機関により検査方法や検査可能条件が異なります。乳がん検査・子宮頸部細胞診検査、妊娠中・授乳中の検査可能条件など、各実施機関より送付のご案内を必ずご確認ください。