

パナソニック健康保険組合  
健診申込書 FAX・郵送用

施設型

コード  
000600 2

(株)ベネフィット・ワン

健診予約受付センター 宛

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												
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											番号									
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"/> その他 ( ~ 時)																				
「予約確定通知書」 「結果通知」等の 送付先住所	〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]																				
希望健診機関 「別冊 健診会場・提携健診 機関リスト」 よりお選びください	第①希望	コード											健診機関名								
	第②希望	コード											健診機関名								
	第③希望	コード											健診機関名								
受診希望日 ※お申し込みは 受診希望日の 14日前まで	申込日より2週間以上先の日程でお申し込みください										混雑等でご希望に沿えない場合の 参考情報となります。下記を必ずご記入ください。										
	第①希望			月		日		曜日	ご都合のつかない曜日 (該当曜日に○をしてください)												
	第②希望			月		日		曜日	月	火	水	木	金	土							
	第③希望			月		日		曜日	ご都合のつかない月日												
	第④希望			月		日		曜日	手配優先順位												
第⑤希望			月		日		曜日	<input type="checkbox"/> 希望日 <input type="checkbox"/> 健診機関		希望日優先⇒健診機関よりも希望日を 優先して予約いたします 健診機関優先⇒希望日より健診機関を 優先して予約いたします											
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)																					
基本 コース	<input type="checkbox"/> 特定健診コース 無料 <input type="checkbox"/> おすすめ健診コース 4,000円 <input type="checkbox"/> ドック健診コース 12,960円~																				
	オプション 検査	オプション検査																			
オプション検査は 選択できません																					
<input type="checkbox"/> 胃部X線検査				いずれか 1つのみ 選択可	3,600円				<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡 (経口)へ変更				料金(自己負担額)は 受診する健診機関に より異なります								
<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (経口)					3,600円~				<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡 (経鼻)へ変更												
<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (経鼻)					3,600円~				<input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査												
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査				いずれか 一方のみ 補助適用	0円~				<input type="checkbox"/> 乳房超音波検査												
<input type="checkbox"/> 乳房超音波検査					0円~				<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査												
<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査				0円~																	
「おすすめ健診コース」「ドック健診コース」をご希望の方で、 上記オプション検査以外の追加検査を希望される場合は右欄に ご記入ください																					
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】 ●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「健康診断ご予約確定通知書」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。