

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			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		
第⑤希望			月		日	曜日	<input type="checkbox"/> 希望日	<input type="checkbox"/> 健診機関	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 オプション検査は 選択できません	オプション検査		オプション検査	
<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"/> 胃管内視鏡 (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"/> 胃管内視鏡検査 (経口)			3,600円~	<input type="checkbox"/> 胃管内視鏡 (経鼻) へ変更	
<input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査 (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。