

郵送先

〒790-8790 愛媛県松山市藤原2-8-8
(株)ベネフィット・ワン 健診予約受付センター宛

■下記枠内にもれなく必要事項をご記入いただき、FAXまたは郵送ください。
■マイナ保険証・資格確認書または自衛官診療証をご用意のうえ、もれなくご記入ください。
■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ご連絡がない場合は、FAX送信エラーの可能性がございます。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。

コード	
601	1

申込日	西暦	2	0	年		月		日	支分部		支部
マイナ保険証または資格確認書記号番号	※記号は3桁、番号は7桁で記入してください。桁数が足りない場合は前に0を追加してください。										
	記号(3桁)					番号(7桁)					
自衛官診療証記号番号	記号										
	番号					-					
受診者氏名	セイ							メイ			
	姓							名			
生年月日	西暦			年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅								組合員本人様に対する続柄		
	<input type="checkbox"/> 携帯								組合員本人		
	<input type="checkbox"/> 勤務先 組合員様のみ	内線							被扶養者(配偶者)		
									被扶養者(配偶者以外)		
									任継組合員		
									任継被扶養者(配偶者)		
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"/> ~	時				任継被扶養者(配偶者以外)		
「ご予約確定通知」・「結果通知」等の送付先住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>										

↓ どちらかの健診方法をお選びいただき、ご記入ください。 ↓

各種健診											
希望健診機関	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	直接健診機関へ申込済の場合チェックを入れてください <input type="checkbox"/>										
	第1希望		月		日		曜日				
	第2希望		月		日		曜日				
	第3希望		月		日		曜日				
	第4希望		月		日		曜日				
	第5希望		月		日		曜日				
	※申込日より3週間以上先の日程でお申し込みください。										
混雑等でご希望に添えない場合の参考情報となりますので必ずご記入ください											
ご都合のつかない曜日 (該当曜日に○をしてください)		月	火	水	木	金	土				
ご都合のつかない月日		月	日	月	日	月	日				
<input type="checkbox"/> 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。											
<input type="checkbox"/> 健診機関優先→希望日よりも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(健診コースはいずれか1つ)											
健診コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック(日帰り)	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診※1	<input type="checkbox"/> 脳ドック※2								
	<input type="checkbox"/> 人間ドック(2日)	<input type="checkbox"/> 特定健康診査※1	<input type="checkbox"/> 肺ドック※2								
※1 組合員本人対象外。 ※2 被扶養者(配偶者以外)対象外。 <input type="checkbox"/> PET※2											
オプション検査	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査									
	<input type="checkbox"/> 乳房エコー検査	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(経口)									
	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(経鼻)									
	<input type="checkbox"/> その他()										
	受診希望の婦人科単体コース(いずれか1つ) ※被扶養者(配偶者以外)は対象外										
婦人科単体コース	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 乳房エコー									
	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ+子宮頸部細胞診									
	<input type="checkbox"/> 乳房エコー+子宮頸部細胞診										
	<input type="checkbox"/> その他 備考()										

巡回健診											
巡回健診会場と日程はP9をご参照ください。 ※お申し込みは受診希望月の前々月の20日までになります。											
第1希望	コード										
	希望日	2	0	年		月		日			
	会場名										
第2希望	コード										
	希望日	2	0	年		月		日			
	会場名										
第3希望	コード										
	希望日	2	0	年		月		日			
	会場名										
受診希望コース											
健診コース/続柄		被扶養配偶者 任継組合員 任継被扶養 配偶者	40歳~74歳の 被扶養者 (配偶者以外)								
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診		0円	5,500円								
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 + 乳房エコー		0円	11,000円								
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 + マンモグラフィ		0円	12,100円								
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 + 子宮頸部細胞診		0円	11,000円								
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 + 乳房エコー + 子宮頸部細胞診		4,200円	16,500円								
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 + マンモグラフィ + 子宮頸部細胞診		5,300円	17,600円								

●FAX送信の際は、必ずFAX番号をご確認のうえ、ご送信ください。またご記入されたFAX 郵送申込書の控を保管ください。●本申込書1枚につき、1名分のお申し込みとなります。●健診機関の空き状況によっては、ご希望に沿えない場合がございます。予めご了承ください。●オプション検査につきまして、一部の健診機関にて対応していない場合がございます。予めご了承ください。●受診日確定のご連絡は、ご予約確定通知書の発送をもってのご連絡とさせていただきます。Web申し込みの場合は、自動送信メールでのご連絡となります。●受診期間外での受診は補助対象外となります。ご注意ください。●受診日当日、資格を喪失されている場合は対象外となり、受診できません。●個人情報の取り扱いについて>P11「個人情報の取り扱いについて」の内容にご同意のうえ、お申し込みください。お申し込みいただくことで、個人情報の取り扱いに関して同意したものといたします。

●時間の指定はできかね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及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。ご希望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。●本申込書1枚につき、1名分のお申し込みとなります。●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。●受診期間外での受診は補助対象外となり全額返納の扱いになりますのでご注意ください。●受診日当日、資格を喪失されている場合は対象外となり、受診できません。●個人情報の取り扱いについて>P11「個人情報の取り扱いについて」の内容にご同意のうえ、お申し込みください。お申し込みいただく事で、個人情報の取り扱いに関して同意したものとさせていただきます。