

シャープ健康保険組合
健診申込書 FAX・郵送用
(株)ベネフィット・ワン

巡回型

コード
000618 | 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

健診予約受付センター 宛

※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一枚必要です。2人以上のお申し込みの場合は、当用紙をコピーしてご利用ください。

個人情報の取扱いについて

※ご記入いただきます個人情報につきましては、お申し込みの健診サービスご提供の目的にのみ使用いたします。

承諾する

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|---|-----|----|---|---|---|--|---|--|---|-----|--|
| 申込日 | 西暦 | 2 | 0 | 2 | 年 | | 月 | | 日 | | | | | | | | |
| 被保険者等記号・番号 | ※左詰めでご記入ください | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> 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 P.9の二次元コードから 会場をお選びください ※お申し込みは受診希望 月の前々月の20日までに なります | 第①希望 | コード | | | | | 希望日 | 2 | 0 | 2 | 年 | | 月 | | 日 | 会場名 | |
| | 第②希望 | コード | | | | | 希望日 | 2 | 0 | 2 | 年 | | 月 | | 日 | 会場名 | |
| | 第③希望 | コード | | | | | 希望日 | 2 | 0 | 2 | 年 | | 月 | | 日 | 会場名 | |

受診希望健診・追加検査 (記載金額は自己負担 (税込) です) にチェックしてください

| | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| 基本健診 | <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 | 自己負担なし | | |
| 追加検査 | 下記の1~9の中から1つお選びいただけます | | 特定健診の追加検査 自己負担額 | 生活習慣病健診の追加検査 自己負担額 |
| | <input type="checkbox"/> | 1 子宮頸部細胞診検査 (医師採取) [子宮がん] | ¥0 | ¥0 |
| | <input type="checkbox"/> | 2 マンモグラフィ検査 [乳がん (マンモ)] | ¥0 | ¥0 |
| | <input type="checkbox"/> | 3 胃部X線検査 (間接撮影) [胃がん] | ¥0 | ¥0 |
| | <input type="checkbox"/> | 4 [子宮がん] + [胃がん] | ¥0 | ¥4,350 |
| | <input type="checkbox"/> | 5 [乳がん (マンモ)] + 乳房超音波検査 [乳がん (エコー)] | ¥0 | ¥4,850 |
| | <input type="checkbox"/> | 6 [子宮がん] + [乳がん (マンモ)] | ¥0 | ¥4,850 |
| | <input type="checkbox"/> | 7 [子宮がん] + [乳がん (マンモ)] + [胃がん] | ¥4,850 | ¥9,850 |
| | <input type="checkbox"/> | 8 [子宮がん] + [乳がん (マンモ)] + [乳がん (エコー)] | ¥5,350 | ¥10,350 |
| <input type="checkbox"/> | 9 [子宮がん] + [乳がん (マンモ)] + [乳がん (エコー)] + [胃がん] | ¥10,350 | ¥15,350 | |

【注意事項】 ●時間の指定は出来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。

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。

●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。

●各実施機関によって検査方法や検査可能条件が異なります。各実施期間から送付される案内をご確認ください。

①ベネフィット・ワン
「ハピルス健診」利用編

②特定健康診査受診券利用編

③費用補助申請編

（切り取り）