コード	
000618	2

シャープ健康保険組合 健診申込書　FAX・郵送用

施設型

(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：フリーコール 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	☐ 男性　☐女性
連絡先1	☐ 自宅　☐ 携帯　☐ 勤務先	- -	
連絡先2	☐ 自宅　☐ 携帯　☐ 勤務先	- -	
連絡のつきやすい時間帯	☐10〜12時　☐12〜18時　☐18〜21時　☐その他（　〜　時）		
「予約確定通知」「結果通知」等の送付先住所	〒 -		

希望健診機関 P.8の二次元コードから健診機関をお選びください				
	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

申込日より14日以上先の日程でお申し込みください

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	

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。

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
手配優先順位 ☐ 希望日　☐ 健診機関	希望日優先⇒健診機関よりも希望日を優先し、予約いたします 健診機関優先⇒希望日よりも健診機関を優先し、予約いたします

受診希望健診・追加検査 ☐ にチェックしてください

基本健診
☐ 特定健診　（自己負担なし）
☐ 生活習慣病健診　（自己負担なし）

追加検査

自己負担
基本健診と追加検査の総額より、健保費用補助20,000円を差し引いた額

女性
☐ 子宮頸部細胞診検査（医師採取）
☐ 乳がん検査（マンモグラフィ）
☐ 乳がん検査（マンモグラフィ）＋乳房超音波検査

男女共通
☐ 胃部X線検査
☐ 胃部内視鏡　経口
☐ 胃部内視鏡　経鼻

上記追加検査以外を希望される場合は、右欄にご記入ください。

☐ 人間ドック（胃部X線）
☐ 人間ドック（胃部内視鏡　経口）
☐ 人間ドック（胃部内視鏡　経鼻）

自己負担：健保費用補助20,000円を差し引いた額
※受診する健診機関により異なります

追加検査

女性
☐ 子宮頸部細胞診検査（医師採取）
☐ 乳がん検査（マンモグラフィ）
☐ 乳がん検査（マンモグラフィ）＋乳房超音波検査

【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「健診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。

(切り取り)