

## (35歳以上) 女性被保険者用・巡回レディース健診申込書

被保険者等の記号－番号	－
※記号・番号は、「マイナポータル」・「資格情報のお知らせ」などでご確認いただき、必ず記入してください。	
氏名	
住所	〒
日中ご連絡が取れる電話番号 (出来れば携帯番号)	

◆該当項目に○をご記入ください。

健診受診希望日	第一希望 : 9/27 (日)    10/25 (日)    どちらでもよい
	第二希望 : 9/27 (日)    10/25 (日)    どちらでもよい
	<b>★申込み多数の場合は、厳選な抽選とさせていただきます。</b>
当日の交通手段	自家用車 (自分で運転・送迎) ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩 電車 ・ その他 (                      ) ・ 現在のところ未定
申し込みコース	<b>A. 一般健診コースのみ受診希望</b>
	<b>B. 一般健診コースとオプション検査を受診希望</b>

**B. 一般健診コースとオプション検査を受診希望される方は、希望するオプション検査に○をご記入ください。**

オプション検査	希望する検査に○を付けてください	受診人数に 上限があります
マンモグラフィ【無料】		★40名が上限
子宮頸がん検査【無料】		★40名が上限
腹部超音波検査【無料】		★35名が上限
胃部レントゲン検査(バリウム)【無料】		★35名が上限
巡回レディース健診を受診される方は、相模原事業所で実施する秋の胃検診(バリウム)は受けられませんのでこちらで受診してください。		
乳房超音波検査【 <b>有料：税込み4,950円</b> 】 ※実施後に給与天引きとなります。		★20名が上限

**健保へ直接、またはメールボックス経由でお申込み下さい。(メールでの申込みは不可)**

**申込み締め切り：7/1(水)までにお申込みください。  
空きがあれば、それ以降でも対応します。**