

健診申込書

《ミセストック【自費】》

一般財団法人
日本健康管理協会
新宿健診プラザ

《検査項目》 診察、血圧、身長、体重、視力、聴力、血液検査、心電図、尿検査、便潜血検査、眼底検査
肺機能検査、腹部超音波検査、胸部X線検査、胃部X線検査、骨密度
子宮がん検査(内診)、乳がん検査(マンモグラフィまたは乳房超音波のどちらか選択)

《健診料金》 37,800円(消費税込み)

◎ セット料金になっておりますので、未実施検査がある場合でも料金の減額はありせん。

《申込方法》 受診日をご予約後、必要事項ご記入のうえ、新宿健診プラザ宛FAXにてお申し込みください。

| | | | |
|----------|-----|---------|--|
| 事業所名 | | | |
| 事業所所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 | () | | |
| 健康保険証の記号 | | 事業所ご担当者 | |

▼送付先：上記所在地と異なる場合のみご記入ください(支店・営業所等)

| | | | |
|-------|-----|---------|--|
| 送付先住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | () | | |
| | | 送付先ご担当者 | |

* 予約時間枠は次の中からお選びください ⇒ 第1部 7:30～ 第2部 8:00～ 第3部 9:30～ 第4部 10:00～

* 希望される乳がん検診の「マンモグラフィ」または「乳房超音波」を○で囲んでください。

| 健康保険証の 個人番号 | 本人・ 配偶者 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 受診予約日 |
|--|------------|-------|----|----------------|------------|
| | | お名前 | | | 予約時間枠 |
| | 本・配 | | 女 | 大・昭・平 年 月 日 | 月 日 第 部 |
| 希望する乳がん健診をひとつ○で囲んでください ⇒ マンモグラフィ ・ 乳房超音波 | | | | | |
| | 本・配 | | 女 | 大・昭・平 年 月 日 | 月 日 第 部 |
| 希望する乳がん健診をひとつ○で囲んでください ⇒ マンモグラフィ ・ 乳房超音波 | | | | | |
| | 本・配 | | 女 | 大・昭・平 年 月 日 | 月 日 第 部 |
| 希望する乳がん健診をひとつ○で囲んでください ⇒ マンモグラフィ ・ 乳房超音波 | | | | | |
| | 本・配 | | 女 | 大・昭・平 年 月 日 | 月 日 第 部 |
| 希望する乳がん健診をひとつ○で囲んでください ⇒ マンモグラフィ ・ 乳房超音波 | | | | | |
| | 本・配 | | 女 | 大・昭・平 年 月 日 | 月 日 第 部 |
| 希望する乳がん健診をひとつ○で囲んでください ⇒ マンモグラフィ ・ 乳房超音波 | | | | | |

●新宿健診プラザ FAX. 03-3204-5018