

# 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