

No/

2018年度 婦人科健診 FAX申込書

日本航空健康保険組合

(羽田・成田・天王洲)

■ 日本予防医学協会健診サポートセンター宛 (JAL 健保専用)

FAX 03-5213-0855

健診サポートセンター TEL 03-6758-7380 (月～金/10:00～17:30)

【お申込期間】

2018年5月11日(金)～2019年2月25日(月)

(定員になり次第終了)

★お申込は、各健診日の3週間前までをお願いいたします。

受診当日に資格のある方に限ります。資格喪失後は受診できません。

送付日 年 月 日

① 受診者情報 ※保険証をご用意の上、もれなくご記入ください。

保険者番号※何れかに○	保険者名称	保険証記号	保険証番号
06132765	日本航空健康保険組合	1 2 3 4 5	6 7 8 9 0
63132765			
フリガナ	コウクウ ハナコ	性別	被保険者様に対する続柄(○で囲んでください)
受診者氏名	航空 花子	女	本人
生年月日	西暦 19○○年(昭和・平成 ○○年) ○月 ○日 (○○歳)	日中連絡先TEL: 000 - 0000 - 0000	
送付先住所	自宅	〒 000 - 0000 TEL 000 - 0000 - 0000 神奈川県横浜市○○ 1-1-1	
	送付希望先	〒 - TEL - - (ご自宅以外を希望される場合のみ、ご記入ください。)	

* 送付先ご住所は、正しくご記入ください。

② お申込み内容 希望会場に○印を入れ、同一会場で第1希望日～第3希望日を必ずご記入ください。

希望会場に○印を記入	開催地区	健診会場	第1希望日	第2希望日	第3希望日
<input checked="" type="radio"/>	羽田	オペレーションセンター 2階	○月 ○日(○)	月 日()	月 日()
<input type="radio"/>	成田	オペレーションセンター 3階	月 日()	月 日()	月 日()
<input type="radio"/>	天王洲	天王洲ビルウイングホール 2階	月 日()	月 日()	月 日()
<input type="radio"/>	羽田 (整備地区)	M1ビル 406・407会議室	月 日()	月 日()	月 日()

③ 受診項目希望内容 ※ご希望の検査名称左側の空欄に「○」印をご記入ください。

	○印欄	検査項目	自己負担額(税込)
婦人科健診 ※複数ご選択いただけます	<input checked="" type="radio"/>	乳房超音波(エコー)	0円
	<input checked="" type="radio"/>	マンモグラフィ(乳房X線)	0円
	<input type="radio"/>	子宮頸がん細胞診	0円
	<input checked="" type="radio"/>	子宮頸がん細胞診&HPV検査※	0円

<ご注意>

 今年度(2018年4月～2018年3月末日の期間)既にJAL健保の

補助を利用して健診を受診された方は受診できません。

 いずれか1項目だけでも受診した場合は、

今年度の婦人科健診の補助を利用したことになります。

 3項目とも補助利用をご希望の方は3項目を同日に受診してください。 妊娠中の方(妊娠の可能性のある方)はマンモグラフィ検査・

子宮頸がん細胞診・HPV検査はご受診できかねます。

※HPV検査は、事前にお申し込みの方も含め、当日受付にて確認後追加となります。

◆ 予約変更・キャンセル・お申込期間を過ぎてのご相談 ◆
健診ヘルプデスク TEL:03-6327-1870 (平日9:00～12:00/13:00～17:00)