

トップグループ健康保険組合 健康診断
ご予約確定通知書発行依頼書(申込方法A) / 健康診断申込書(申込方法B)

FAX 24時間受付
フリーコールスーパー
0800-9199-030
0800フリーコールスーパーは、全国どこからでも通話料無料でご利用いただけます。
設定によっては、ご利用にならない場合がございます。その際は、089-900-8281へおかけください。

コード	
000050	2

- FAX 送信後、2週間以上経過しても健康診断受付センターから連絡がない場合は、FAX送信エラーの可能性がございます。お手数ですが健康診断受付センター(0800-8887-031)までご連絡ください。
- 市区町村で実施する健康診断へのお申込みは受付できません。

受診者情報				お申込日	20			年			月			日
健康保険証に記載されている記号・番号			—	性別	<input type="checkbox"/> 男性		<input type="checkbox"/> 女性							
フリガナ	セイ			メイ										
受診者氏名	姓			名										
フリガナ					(西暦) 受診者生年月日									
被保険者氏名					1	9								
					被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 (任意継続) <input type="checkbox"/> 家族 ()									
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅				連絡のつきやすい時間帯									
	<input type="checkbox"/> 携帯				<input type="checkbox"/> 10時~12時		<input type="checkbox"/> 12時~15時							
	<input type="checkbox"/> 勤務先				<input type="checkbox"/> 15時~18時		<input type="checkbox"/> 18時~21時							
					<input type="checkbox"/> いつでも可能									
ご予約確定通知書送付先住所	郵便番号													
				都				道						
				府				県	マンション・アパート等の建物名・部屋番号もご記入ください。					

申込方法 A 健診機関へ電話にて予約した内容をご記入ください

健診機関 予約内容	健診機関コード					健診機関名								
	受診日					曜日	受付時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		時	分			
	婦人科検査	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ1方向		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ2方向		<input type="checkbox"/> 乳房エコー		<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診						
	胃検査オプション	<input type="checkbox"/> 胃部 X 線検査 ※全額受診者様のご負担となります												

申込方法 B ご予約希望の内容をご記入ください

受診希望 健診機関	第1希望	健診機関コード					健診機関名								
	第2希望	健診機関コード					健診機関名								
受診希望日 <small>受診受付時間の希望は承れません。</small>	第1希望					曜日	※混雑等で左記ご希望日にそえない場合の参考情報とさせていただきますので必ずご記入ください。								
	第2希望					曜日									
	第3希望					曜日	①手配優先順位	<input type="checkbox"/> 希望日		<input type="checkbox"/> 健診機関					
	第4希望					曜日	②ご都合のつかない月日	月	日	月	日	月	日		
	第5希望					曜日	③ご都合のつかない曜日 (○をつけてください)	月	火	水	木	金	土	日	無
※申込日から2週間以上先の日付をご記入ください ※希望日は3つ以上ご記入ください															
婦人科検査項目	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ (<input type="checkbox"/> 1方向 <input type="checkbox"/> 2方向 <input type="checkbox"/> いずれでも可能)				<input type="checkbox"/> 乳房エコー			<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診							
オプション検査項目	<input type="checkbox"/> 胃部 X 線検査 ※全額受診者様のご負担となります														

※婦人科検査項目、オプション検査項目は健診機関により実施していない場合がございます。あらかじめご了承ください