

記入例

ベネッセグループ健康保険組合 日帰り人間ドック FAX申込書

FAX送信先:045-471-7137 バイオコミュニケーションズ株式会社(予約代行業者)

| | | | |
|---------|--|-------|----------------------------|
| 申込日 | (西暦) ○○○○年 ○○月 ○○日 | | |
| 被保険者証 | 記号 | 999 | 生年月日 (西暦) ○○○○年 ○○月 ○○日 |
| | 番号 | 1234 | |
| フリガナ | ケンポ ハナコ | | 性別 男 ・ 女 |
| 氏名 ※戸籍名 | 健保 花子 | | 続柄 本人 |
| | | | 扶養家族(続柄:) |
| 送付先住所 | 〒 XXX - XXXX ○○ 都道府県 ○○市○○町1-2-3 ○×マンション101 健診機関より受診案内と健診キット、弊社より受診券を上記住所へお送りします。 また、健診結果の送付先住所となりますので、お間違いのないようにご記入お願いします。 | | |
| 連絡先電話番号 | XXXX (XXX) XXXX | FAX番号 | XXXX (XXX) XXXX |
| | 日中連絡が可能な番号のご記入をお願いします | | 返信が可能な番号のご記入をお願いします |
| メールアドレス | mail @ mailxxx . com 受診日確定情報など、重要なお知らせをお送りします。ドット(.)やハイフン(-)など、お間違いのないようにご記入お願いします。 | | |

[受診種別・健診機関]

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| 受診種別 | 日帰り人間ドック | | | |
| 選択項目 | 胃検査 | <input type="checkbox"/> バリウム <input checked="" type="checkbox"/> 内視鏡 (お選びください → <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> どちらでもよい) | | |
| | | 注1) 内視鏡検査をご受診された場合、差額が発生することがあり、差額は個人負担となります。 差額の金額は健診機関によって異なります。 注2) 内視鏡検査を選択された場合、ご希望の日時での予約が取りづらいことがあります。 | | |
| 受診希望選択 | 乳がん検査 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 (お選びください → <input checked="" type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 乳房マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | 子宮がん検査 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | 直腸診(医師が肛門に指を入れて調べる検査です。) | <input type="checkbox"/> 有 注) 検査を実施していない健診機関もあり、その場合は「有」を選んだ方でも <input checked="" type="checkbox"/> 無 受診はできません。ご了承下さい。 | | |
| | その他のオプション検査 (頭部CT、骨粗しょう症等) ※受診費用は本人負担 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | ① | |
| | | | ② | |
| ③ | | | | |
| | | ④ | | |
| | | ⑤ | | |
| 注1) 受診できる検査は健診機関ごとに異なります。受診費用はご本人負担となります。 | | | | |
| 健診機関 | 健診機関コード | XXXXX | | |
| | 健診機関名 | ○○○○クリニック | | |

受診希望日 第1～第3までご希望の受診日をご記入下さい。

| 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
|--|------------------------|------------------------|
| (西暦) ○○○○年○○月○○日(月) | (西暦) ○○○○年○○月○○日(火) | (西暦) ○○○○年○○月○○日(水) |
| ・ご希望の日程は、申込み日より 20日以上先 の日付をご記入下さい。 ・ご希望のお日にちで調整させていただきますが、都合により希望に添えない場合もありますのでご了承下さい。 確定した受診日は、EメールまたはFAXまたは電話にてお知らせします。その後、弊社より受診券を郵送します。 | | |

- ◆お預かりした個人情報は関係法令等及び当社の個人情報保護マネジメントシステムに従い適正な管理を行います。
- ◆当申込書を当社に送付した時点で、個人情報の取扱について同意されたものとします。
- ◆FAX申込書の送信が予約の完了ではありません。当社からの予約確定日のご連絡(メールまたはFAXまたは電話)を以て予約完了とさせていただきます。
- ◆FAX申込書を送信後、1週間以内に当社から連絡がない場合は、FAX不着等も考えられますので恐れ入りますが当社までお電話をいただけますようお願いいたします。
- ◆送信後の受診希望日変更およびキャンセルは、当社までお電話をいただけますようお願いいたします。

お問い合わせ バイオコミュニケーションズ株式会社
電話番号 050-3532-1100 受付時間 月曜～金曜(祝日を除く) 9:00～17:00