

# 令和6年度春季健康診断「お申し込み方法」について

- インターネットによるお申し込み 下記URLまたは、QRコードからアクセスしてお申し込みください。  
日本健康増進財団 健康診断お申し込みサイト (https://www.e-kenkou21.or.jp/contact2/lawyer2024.htm)  
弁護士国保ウェブサイト (https://www.bengoshi-kokuho.or.jp)
- FAXによるお申込み  
03-3443-1031  
03-5420-8045  
03-5420-8251  
申込書に必要事項をご記入のうえ、  
いずれか1ヵ所へ送信してください。
- 郵送によるお申込み 申込書に必要事項をご記入のうえ、下記宛へ郵送ください。  
送付先: 〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-24-4 一般財団法人 日本健康増進財団 健診事務課



# 令和6年度春季健康診断申込書

お申し込み期限  
令和6年5月27日(月)

健診機関記入欄(記入しないでください)  
整理No.

FAX : 03-3443-1031  
03-5420-8045  
03-5420-8251

いずれか1ヵ所へ送信してください。

- 健診日時は、受付先着順に決定させていただきます。
  - ご希望日に沿えない場合は、申込書にご記入いただいた電話番号へ日程調整のご連絡をいたします。
  - 申込書は左側の見本を参考にもれなく、正しくご記入ください。記入に不備がある場合、こちらから申込書にご記入いただいた電話番号へ内容確認のご連絡をいたします。**ご記入内容の確認ができた時点で、受付完了となります。** 予めご了承ください。
  - 申込書が足りない場合は、コピーをしていただき、お申し込みください。**(左側の記入見本も併せてコピーをお願いいたします。)**
- 予約状況により、早期に予約受付を終了する場合がございます。お申し込みをされていても後日お断りする場合がございます。予めご了承ください。(受付終了した日程はインターネット上に表示されなくなります。)  
←左側の記入見本をご確認のうえ、下記太枠内をご記入ください。

記入例及びご記入上の注意  
※インターネットでお申し込みの方もご参照ください。

**氏名**  
本名または職務上の氏名または旧姓のいずれか1つだけをご記入ください。  
例) ×.....弁護 (霞が関) 太郎  
○.....弁護 太郎 または 霞が関 太郎

## 弁護士国保加入の方へ (東京都弁護士国民健康保険組合)

**個人情報の取扱いについて**  
健診結果等を保健事業のデータ管理として、医療機関より提供されます。組合の補助を受ける健診は、保健事業の充実、健診に対する国庫・都費補助資料として組合にて管理いたしますので、ご理解のうえ同意をお願いいたします。  
**同意が無い場合、未加入者(組合補助なし)として扱います。**

<b>個人情報の取扱い 同意欄</b> 詳細は左頁の見本をご覧ください。		<input checked="" type="checkbox"/> <b>同意します</b> (弁護士国保加入の方は、□に「✓」チェック記入してください) ご同意いただけない場合、未加入者(組合補助なし)として扱いますので、ご了承ください。				
フリガナ	ベンゴ タロウ					
氏名	弁護 太郎					
性別	男性	女性				
生年月日 (西暦でご記入ください)	19650826					
送付先住所 (どちらか1つ記入)	〒180-0003 東京都武蔵野市吉祥寺南町1-1-1 駅前ハイツ 503					
日中のご連絡先電話番号	第1希望	電話番号 ( )	9999 - 0000			
	第2希望	電話番号 ( )	9999 - 9999			
受診票送付前の健診日時の事前通知 (FAX)	希望なし	FAX番号	(0422) 9999 - 9999			
弁護士国保加入状況について右表の1~5のいずれか1つに○をつけてください。		1	2	3	4	5
都内か都外かは弁護士国保の保険証に記載されている「自宅の住所」(令和6年4月30日現在)		組合員 保険証の住所が東京都内 (枝番:00)	組合員 保険証の住所が東京都外 (枝番:00)	家族 保険証の住所が東京都内 (枝番:00以外)	家族 保険証の住所が東京都外 (枝番:00以外)	弁護士国保に未加入
上の1~4に○をつけた方は被保険者証の記号・番号・枝番を記入してください。枝番は家族でも、おひとりずつで異なります。※ 保険者番号(133199)ではありません。		84- 99999999 00				
基本コース (A・B・Cいずれか1つお選びください)			オプション検査 (D・E検査のみの実施はできません)			
A	B	C	D	E	F※3	
生活習慣病健診 + 腹部超音波	生活習慣病健診のみ	特定健診のみ※2	腫瘍マーカー検査	肝炎ウイルス検査	郵送による大腸がん検査	
第1希望日	第2希望日	第3希望日	第4希望日	再送		
6月25日	6月29日	7月2日	7月4日	同じ事務所の健康次郎と健康三郎と同日時を希望します。(1/3)		

**送付先住所**  
送り先の住所は、自宅または事務所のいずれか1つ、住所をお書きください。郵便配達で、届くようにマンション名やビル名なども、ご記入ください。送付先が事務所所在地の場合は、下段の事務所名を必ずご記入ください。

**事前通知 (FAX)**  
受診日と時間が決まりましたら、通知を希望される方へ、FAXでお知らせします。不要の方は「希望なし」に○をご記入ください。  
※電話でのお知らせは、ございません。  
FAX番号をよくご確認のうえ、ご記入ください。

**弁護士国保への自宅住所の届出**  
弁護士国保へ登録している自宅住所(都内・都外居住)で、○をご記入ください。  
・令和6年4月30日時点での弁護士国保への登録住所は、国民健康保険被保険者証の表面に記載されている住所です。  
事務所の所在地ではございません。  
都内とは23区外(市・町・村)を含む東京都全域です。

**被保険者証の枝番**  
被保険者証に記載されている枝番をご記入ください。この番号は、ご家族でも1人1人異なります。

**ご要望欄**  
2名様以上で、同一日またはそれぞれ別日程を受診ご希望の場合は、総枚数と連番をご記入のうえ、まとめてFAXまたは郵送してください。  
申し込み内容を変更される場合は、必ず「再送」とご記入ください。

**健診希望日**  
・健診日より、男性と女性で受診できる時間帯が異なります。「春季健康診断のご案内」の「健診日程」を参考に、希望日をお選びください。  
・午前中をご希望の方が、大勢いらっしゃいます。午前中にできるだけ多くの方が受診できるように、12時15分までを午前中として、ご案内します。  
・希望日に沿えない場合は、こちらから日程調整のために電話でご連絡します。  
・健診希望日(午前・午後)は、できるだけ第4希望日までご記入ください。ご記入いただいたご希望日が少なく、再調整の連絡が取れない場合は、日程調整ができずご希望に沿えないことがあります。予めご了承ください。  
・6/15(土)、6/22(土)、8/7(水)の3日は、その日の朝に会場を準備しますので、健診の開始時間が遅く、受診の予約ができる人数が少なくなります。この3日間の午前中は予約が取りづらいため、お申込みされる場合は、ご注意ください。

<b>個人情報の取扱い 同意欄</b> 詳細は左頁の見本をご覧ください。		<input type="checkbox"/> <b>同意します</b> (弁護士国保加入の方は、□に「✓」チェック記入してください) ご同意いただけない場合、未加入者(組合補助なし)として扱いますので、ご了承ください。				
フリガナ						
氏名						
性別	男性	女性				
生年月日 (西暦でご記入ください)						
送付先住所 (どちらか1つ記入)	自宅住所	〒				
	事務所所在地	〒				
	事務所名					
日中のご連絡先電話番号	第1希望	電話番号 ( )				
	第2希望	電話番号 ( )				
受診票送付前の健診日時の事前通知 (FAX)	希望なし	FAX番号	( )			
弁護士国保加入状況について右表の1~5のいずれか1つに○をつけてください。		1	2	3	4	5
都内か都外かは弁護士国保の保険証に記載されている「自宅の住所」(令和6年4月30日現在)		組合員 保険証の住所が東京都内 (枝番:00)	組合員 保険証の住所が東京都外 (枝番:00)	家族 保険証の住所が東京都内 (枝番:00以外)	家族 保険証の住所が東京都外 (枝番:00以外)	弁護士国保に未加入
上の1~4に○をつけた方は被保険者証の記号・番号・枝番を記入してください。枝番は家族でも、おひとりずつで異なります。※ 保険者番号(133199)ではありません。		84-				
基本コース (A・B・Cいずれか1つお選びください)			オプション検査 (D・E検査のみの実施はできません)			
A	B	C	D	E	F※3	
生活習慣病健診 + 腹部超音波	生活習慣病健診のみ	特定健診のみ※2	腫瘍マーカー検査	肝炎ウイルス検査	郵送による大腸がん検査	
第1希望日	第2希望日	第3希望日	第4希望日	再送		
月 日	月 日	月 日	月 日	同じ事務所の健康次郎と健康三郎と同日時を希望します。(1/3)		

午前中の健診を希望される方が多数いらっしゃいますので誠に勝手ではございますが、12時15分までを午前中とさせていただきます。  
健康診断実施機関：一般財団法人 日本健康増進財団  
〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-24-4 TEL 03-5420-8027・8028・8029