

申込FAX番号:03-3331-0027(健診倶楽部)

東京都弁護士国民健康保険組合

郵送の場合は、下部「お問合せ先」健診倶楽部の住所まで送付ください。

※受診後のお申込は受付できませんのでご注意ください。

※本健診の受診対象者は「弁護士国保」の加入者のみです。

申込期限:2027/2/28

健診受診期限:2027/3/31

未加入者は対象外となります。

2026年度 生活習慣病健診 + 希望検査 受診申込書【FAX・郵送用】

★WEBでお申し込んだ方は、別途FAX・郵送での申請は不要です！

| | |
|-------------|--|
| 個人情報 同意欄 | 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、弁護士国保へ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・都補助金の補助資料として組合にて管理致しますので、ご理解の上同意をお願いいたします。 |

日帰り人間ドックの案内と、上記の「個人情報の取扱いについて」を確認、承諾の上
上記の個人情報同意欄に必ず「」チェックを記入してください。未記入の場合、受診はできません。

| | | | | | | | |
|-------|---------------------|-------------|-------------|------------------|-----|----|--|
| 申込日 | 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 受診者情報 | フリガナ | 男性 女性 | 組合員本人 家族 | 被保険者 記号 番号 | 84- | 枝番 | |
| | 受診者氏名 | TEL | TEL | TEL | - | - | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | 日中の 連絡先 | メールアドレス | @ | | |
| | 健診結果 書類 送付先住所 | 自宅宛 事務所宛 | 〒 | 事務所名: | | | |

| | | | | | | | |
|-------------|---------------------------------------|---------------------------|------------------|----------|-------------------|---------|-----------------------|
| オプション 選択 | 自己負担金をご了承の上、オプション検査から希望する料金を○で囲んでください | | | | | | |
| | ※表示料金は自己負担金(税込) | 生活習慣病健診 (胸部XP・聴力・眼底含む) | どちらか一方を選択 | | 大腸がん検査 (便潜血反応) | 子宮頸がん検査 | 乳がん検査 どちらか一方を選択 |
| | | | ①胃部バリウム検査 | ②胃部内視鏡検査 | | | □マンモグラフィ □超音波(エコー) |
| | 組合員本人 | 40歳以上 40歳未満 | 6,250円 8,050円 | 11,150円 | 14,850円 | 940円 | 4,400円 |
| 家族 | 40歳以上 40歳未満 | 9,850円 11,650円 | | | | | |


| | | | |
|----------|-----------------|------------------|--|
| 健診 機関 | ① すでに 予約済 | ② 予約を 依頼する | すでに医療機関へご自身で予約済の場合は①「すでに予約済」 健診倶楽部※1へ予約依頼する場合は②「予約を依頼する」に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 |
| | 医療機関ID | | |
| | 医療機関名 | | |

| | | | | | | |
|------------|--------|-------|-------|----|------|---|
| ①に ☑した方 | すでに予約済 | 受診決定日 | 年 月 日 | 曜日 | 受付時間 | : |
|------------|--------|-------|-------|----|------|---|

| | | | | | | | | |
|------------|-----------------|-----|-------|-------|----|--------|----|----|
| ②に ☑した方 | これから予約を 依頼する | 希望日 | 第一希望日 | 年 月 日 | 曜日 | 希望受付時間 | AM | PM |
| | | | 第二希望日 | 年 月 日 | 曜日 | 希望受付時間 | AM | PM |
| | | | 第三希望日 | 年 月 日 | 曜日 | 希望受付時間 | AM | PM |
| | 備考 | | | | | | | |

※医療機関と調整するため、本書申込日より1か月以上先の日付をご記入ください。

※日程決定後に日にちや内容を変更する場合は、医療機関へ直接連絡し変更してください。その後、変更内容を健診倶楽部までご報告ください。

| | | | |
|---------------|---|----------------------------|-------------------------------|
| お問 合せ 先 |  | 一般財団法人 日本健診財団 健診倶楽部 | 〒168-0072 東京都杉並区高井戸東2-3-14 |
| | ※1 健診倶楽部とは、委託先の一般財団法人日本健診財団が運営する健診代行サービスの名称です | | |
| | ※2026年度から委託先が変更になりました。お問い合わせの際はご連絡先にご注意ください。 | | |
| | TEL: 03-3331-2020(土・日・祝日を除く 平日9:00~17:00) メール: info@kenshinclub.ne.jp | | |