

令和6年度 女性のための子宮がん・乳がん検診申込書
 ☆実施期間は令和6年4月1日～令和7年3月31日[平日実施]

医療法人社団 ころとからだの元氣プラザ

【個人情報の取扱いについて（弁護士国保加入の方へ）】

健診（検診）結果等は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（検診）は、保健事業の充実、健診（検診）に対する国庫・都費補助金の補助資料として組合にて保管いたしますので、ご理解のうえ同意をお願いいたします。

同意します ※に「レ」チェックを記入して下さい。

※同意いただけない場合は、組合保健事業として受診することはできません。

東京都弁護士国民健康保険組合

〈ご案内書類及び結果報告書送付先と検診項目申込〉 該当する送付先・連絡先に○印を付けて、下記記入欄を全てご記入ください。

送付先住所	事務所・自宅 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				事務所名	(送付先や連絡先が事務所の方は必ず事務所名をご記入ください。)				
連絡先TEL	事務所・自宅 ()		ご担当者名 []		携帯電話	()				
申込者氏名	フリガナ		生年月日	西 暦		弁護士国保	加入・未加入 (弁護士国保加入の場合は保険証の記号・番号・枝番をご記入ください)			
				年	月		日	記号	84-	番号 (右詰め)
検診項目	1. 子宮がん・乳がん検診	ご希望される乳がん検査いずれかに○印をご記入ください。 ① 視触診 + 乳房超音波検査 ② 視触診 + マンモグラフィ ③ 視触診 + 乳房超音波検査 + マンモグラフィ	ご希望日	第1希望日	第2希望日	第3希望日	第4希望日	ご要望欄		
	2. 乳がん検診のみ			月 日	月 日	月 日	月 日			
3. 子宮がん検診のみ	*3週間先の日程をご記入ください。		午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
オプション	4. 超音波断層撮影(経腔エコー)	ご希望日	*3週間先の日程をご記入ください。	午前	午後	午前	午後	午前	午後	
	5. 骨密度測定検査			午前	午後	午前	午後	午前	午後	

子宮がん検診の追加オプションです。単独実施はできません。

〈お申し込みにあたってのお願い〉 *受診日の確定は先着順となっております。下記①～④につきまして、予めご了承のうえお申し込みいただきますようお願いいたします。

- ①お申し込み多数により、ご希望の日時に添えず日程調整が必要な場合がございます。
- ②予約の状況により、早期に予約受付を終了する場合がございます。
- ③諸般の事情により、健診（検診）業務を中止する場合がございます。
- *①②③に該当する方には、弊社よりご連絡いたします。
- ④未記入等により確認が必要な場合は、弊社より『連絡先TEL』へご連絡いたします。確認次第、受付完了となりますので、ご了承ください。

〈ご記入上の注意〉

- *乳がん検診をご希望の方は、希望される検査方法に○印をご記入ください。(今年度より「視触診のみ」は実施いたしません)
- *2名以上のお申し込みは恐れいりますがコピーしてご使用ください。
- *グループにて同じ日程で受診または別の日程で受診をご希望の場合は、申込用紙をまとめて一緒にFAX送信してください。その際にご要望欄に送信枚数と連番をご記入ください。別々にお申し込みの場合、ご希望に添えない場合がございます。
- *内容修正等で再送する場合は『再送』とご記入ください。

記入例は裏面をご参照ください。

記入例

【個人情報の取扱いについて（弁護士国保加入の方へ）】

健診（検診）結果等は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（検診）は、保健事業の充実、健診（検診）に対する国庫・都費補助金の補助資料として組合にて保管いたしますので、ご理解のうえ同意をお願いいたします。

同意します ※□に「レ」チェックを記入して下さい。

※同意いただけない場合は、組合保健事業として受診することはできません。

東京都弁護士国民健康保険組合

〈ご案内書類及び結果報告書送付先と検診項目申込〉 該当する送付先・連絡先に○印を付けて、下記記入欄を全てご記入ください。

送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 事務所・自宅 〒102-8288 東京都千代田区九段南4-8-32 九段マンション305号				事務所名	(送付先や連絡先が事務所の方は必ず事務所名をご記入ください。)																
連絡先TEL	<input checked="" type="checkbox"/> 事務所・自宅 03 (5210) 6648		ご担当者名	[]		携帯電話	090 (1111) 2222															
申込者氏名	フリガナ ケンコウ ハナコ		生年月日	西 暦		弁護士国保	<input checked="" type="checkbox"/> 加入・未加入 <small>(弁護士国保加入の場合は保険証の記号・番号・枝番をご記入ください)</small>															
	健康 花子			1	9		7	2	0	9	1	3	記号 84-	9	9	9	9	番号 (右詰め)	9	9	9	9
検診項目	① 子宮がん・乳がん検診	<small>ご希望される乳がん検査いずれかに○印をご記入ください。</small> ① 視触診 + 乳房超音波検査 ② 視触診 + マンモグラフィ ③ 視触診 + 乳房超音波検査 + マンモグラフィ	ご希望日	第1希望日	第2希望日	第3希望日	第4希望日	ご要望欄														
	2. 乳がん検診のみ			11月14日	12月12日	1月23日	2月13日	元氣良子と同じ日時を希望します。														
3. 子宮がん検診のみ		*3週間先の日程をご記入ください。	午前	午後	午前	午後	午前					午後	午前	午後	1/2枚 『再送』							
オプション	④ 超音波断層撮影(経腔エコー)																					
	5. 骨密度測定検査																					

子宮がん検診の追加オプションです。単独実施はできません。

〈ご記入上の注意〉

- * 乳がん検診をご希望の方は、希望される検査方法に○印をご記入ください。(今年度より「視触診のみ」は実施いたしません)
- * 2名以上のお申し込みは恐れいりますがコピーしてご使用ください。
- * グループにて同じ日程で受診または別の日程で受診をご希望の場合は、申込用紙をまとめて一緒にFAX送信してください。その際ご要望欄に送信枚数と連番をご記入ください。別々にお申し込みの場合、ご希望に添えない場合がございます。
- * 内容修正等で再送する場合は『再送』とご記入ください。