

ID依頼	資格確認	TAK入力			キット準備	キット送付
		個人情報入力	個人情報確認	コース入力		

※太枠内をご記入下さい

(フリガナ) 氏 名	③			男 ・ 女
生年月日	年	月	日	
住 所	〒			
電話番号				
会社宛名	同上 ・ 別途 住所			
記 号	①	番 号	②	
保険者番号	④			

令和 年 月 日

ID

No

( : )

健康保険 被保険者証	本人 (被保険者)	00000	令和0年0月0日交付
① 記号	00000000	番号	00 ②
氏名	③ 協会 太郎		
生年月日	平成0年0月00日		
性別	男		
資格取得年月日	令和0年0月00日		
事業所名称	〇〇株式会社		
保険者番号	0:0:0:0:0:0:0:0 ④		
保険者名称	全国健康保険組合 〇〇支部		
保険者所在地	〇〇区〇〇番地		

見本



印

結果送付先	自宅 ・ 会社
領収書宛名	本人 ・ 会社

◀ ⑤ 受診希望日 ▶

○を記入ください	受診日	受付時間	定 員	締 切
	2022年7月23日 (土)	8:30~12:00	100名	6月30日
	2022年10月22日 (土)	8:30~12:00	100名	9月30日
	2022年12月18日 (日)	8:30~12:00	100名	11月30日
	2023年3月12日 (日)	8:30~12:00	100名	2月24日

◀ ⑥ 受診内容 ▶

○を記入ください	コース	金額	検 査 内 容	
	胃部レントゲン 検査あり	7,169円	既往歴・触診等血圧測定 視力・聴力検査 心電図検査 便潜血反応検査 尿検査	身長体測定(身長・体重・腹囲等) 血液検査(肝機能・血糖・脂質・貧血・尿酸等) 胸部レントゲン検査
	胃部レントゲン 検査なし	3,819円	既往歴・触診等血圧測定 視力・聴力検査 心電図検査 便潜血反応検査 尿検査	身長体測定(身長・体重・腹囲等) 血液検査(肝機能・血糖・脂質・貧血・尿酸等) 胸部レントゲン検査

○を記入ください	オプション	金額	検査項目	
	男性セット (4項目)	6,600円	腫瘍マーカー	消化器がん・肝臓がん・膵臓がん・前立腺がん
	女性セット (4項目)	6,600円		消化器がん・肝臓がん・膵臓がん・卵巣がん

◀ 開催場所 ▶ たま日吉台病院

〒215-0013 神奈川県川崎市麻生区王禅寺1105番地

※無料駐車場完備

TEL: 044-959-2005 FAX: 044-281-0706

※当日受付時間につきましては、健診キット発送時にご連絡致します。時間指定での受付は行っておりませんのでご了承ください。

受付

送付