

NO.

巡回レディース健康診断申込用紙

※ボールペン等を使用し、太枠内をはっきりご記入ください
※「消せるボールペン」は使用しないでください

巡回レディース健康診断のご案内最終ページ「個人情報の取り扱いについて」の内容を理解し、個人情報の取り扱いについて同意します。ご同意いただけない場合、巡回レディース健康診断をお申込みいただけませんので、必ずご署名をお願いします。

本人署名

① 健保組合	保険証 記号・番号	名 称	関西電力健康保険組合	
	確認方法 ・マイナンバーカード保険証 (マイナポータル上) ・資格確認書(有効期限内) ・既存の健康保険証(有効期限内)	記 号	番 号 (枝番は記入不要)	

② 受 診 者	受診者	フリガナ			性別 ☐ 女性 ☐ 男性	続柄 ☐ 被扶養者(配偶者・家族) ☐ 任意継続被保険者(本人)
	氏 名	漢 字				
	生年月日	西暦 年 月 日 () 歳 2026年3月31日時点での年齢をご記入ください				
	住 所	※マンション等にお住まいの方は 建物名・部屋番号など必ずご記入ください [] [] [] - [] [] [] []				
	電話番号	日中連絡できる番号 をご記入ください	【自宅】	()	【携帯】	()
	メールアドレス	@				
③ 被 保 険 者	勤務事業所名					
	被保険者氏名					

※お申込みは、受診希望日の前々月20日必着となります。 お申込み最終期限：2026年1月20日 受診期限：2026年3月31日

④ 希 望 会 場		会 場 名	会場コード (9ケタ) もう一度確認してください	受診希望日
	第1希望		[] [] [] [] [] [] [] [] []	月 日
	第2希望		[] [] [] [] [] [] [] [] []	月 日
	第3希望		[] [] [] [] [] [] [] [] []	月 日

⑤ 実 施 す る コ ー ス と オ プ シ ョ ン 項 目	↓○	項 目 名	自己負担金(税込)	
	○	基本検査	0円	
		いずれかの 希望項目に ○を記入	乳房超音波検査 (エコー)	605円
			乳房X線検査 (マンモグラフィ) ※1	660円
			乳房超音波検査 (エコー) + 乳房X線検査 (マンモグラフィ) ※1 セット	6,710円
		子宮頸部細胞診 (医師採取)	605円	
※1 乳房X線検査 (マンモグラフィ) は、実施していない会場がございます。 巡回レディース健診 受診会場リストでご確認ください。 ※ 当日受付にて、契約項目以外のオプション検査をご希望された場合は別途料金が発生いたします。				

【個人情報の取り扱いについて】

・この申込みで収集した個人情報は健保組合と全国健康増進協議会、株式会社バリューHRで適正に管理し、健診と健保組合の保健事業の目的以外には使用しません。

[全健協使用欄]



受付	処理	完了
2 7 1 2 2		