

申込締切日:2026年1月10日(土)

2025年度 日帰りコース申込書 (本人・配偶者様用)

所属		組合員証番号	
フリガナ		フリガナ	
被保険者氏名		受診者氏名	
連絡先	— —	生年月日	年 月 日
日中連絡先	— —	年齢	歳 性別 男・女
住所	〒 —	被保険者との続柄	本人・配偶者

胃がん検査実施方法 ご希望の検査方法に○印をつけてください。

X線検査(バリウム)		内視鏡検査(胃カメラ)		検査しない
------------	--	-------------	--	-------

オプション検査 ご希望の検査項目に○印をつけてください。

オプション検査	A-1	脳オプション	D-4	子宮頸部細胞診
	A-2	肺がん・COPD検診セット	D-5	経膈超音波検査 <small>※細胞診受診者に追加可能</small>
	A-3	乳がん検診セット	D-6	HPV検査 <small>※細胞診受診者に追加可能</small>
	A-4	子宮頸がん検診セット	E-1	動脈硬化検査
	A-5	メタボリックセット	E-2	内臓脂肪計測
	B-1	肺CT	E-3	骨粗しょう症検査
	B-2	肺がん検査(喀痰細胞診)	E-4	心臓超音波検査
	B-3	尿路系がん検査	E-6	甲状腺機能検査
	B-4	前立腺検査	F-1	マルチアレルギー検査
	C-1	胃ペプシノゲン検査	F-2	鼻炎・喘息アレルギー検査
	C-2	ピロリ菌検査	G-1	腫瘍マーカー4種:基本セット
	D-1	マンモグラフィ1方向	G-2	腫瘍マーカー5種:基本+肺セット
	D-2	マンモグラフィ2方向	G-3	腫瘍マーカー5種:基本+女性セット
	D-3	乳房超音波検査		

健診希望日、時間帯 ご希望日を第4希望までご記入ください。

希望日	第1希望	月 日 () AM	第2希望	月 日 () AM
	第3希望	月 日 () AM	第4希望	月 日 () AM
	受診期間	2025年4月1日(火)~2026年1月31日(土)		
	休診日	日曜日、祝日、第2土曜日 5月1日、7月28日、7月29日、8月14日~17日、12月28日~1月4日		

* 先着順で日程を決めさせていただきます。予めご了承ください。