

2026年度  
巡回レディース健康診断申込用紙

NO.

※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

パンフレット裏面の「個人情報の取り扱いについて」をご一読いただき、個人情報の取り扱いについて同意願います。同意がない場合、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、本人署名欄に署名をお願いいたします。

署名欄 ※必ず受診者本人が署名してください

|           |                                                             |                       |               |  |
|-----------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|--|
| ①<br>健保組合 | 健康保険の資格情報                                                   | 名 称                   | MBK連合健康保険組合   |  |
|           | 確認方法<br>・マイナンバーカード保険証<br>(マイナポータルの資格情報画面)<br>・資格確認書 (有効期限内) | 記号 ※マイナンバー個人番号ではありません | 番 号 (枝番は記入不要) |  |

|           |         |                                                                     |      |     |              |                                         |
|-----------|---------|---------------------------------------------------------------------|------|-----|--------------|-----------------------------------------|
| ②<br>受診者  | 受診者     | フリガナ                                                                |      |     | 被保険者<br>との続柄 | <input type="checkbox"/> 被扶養者(配偶者・家族)   |
|           | 氏 名     | 漢 字                                                                 |      |     |              | <input type="checkbox"/> 被保険者(現役・任継・特退) |
|           | 生年月日    | 西暦 年 月 日 ( ) 歳<br>2027年3月31日時点での年齢をご記入ください                          |      |     |              |                                         |
|           | 住 所     | <div>※マンション等にお住まいの方は<br/>建物名・部屋番号など必ずご記入<br/>ください</div> <div></div> |      |     |              |                                         |
|           | 電話番号    | 日中連絡できる番号<br>(携帯番号)をご記入<br>ください。                                    | 【携帯】 | ( ) | 【自宅】         | ( )                                     |
|           | メールアドレス | @                                                                   |      |     |              |                                         |
| ③<br>被保険者 | 勤務先     |                                                                     |      |     |              |                                         |
|           | 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：2027年1月20日 受診期限：2027年3月31日

|           |      |       |                             |       |
|-----------|------|-------|-----------------------------|-------|
| ④<br>希望会場 |      | 会 場 名 | 会場コード (9ケタ)<br>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<br>実施する<br>コースと<br>オプション<br>項目 | ↓○                                                                                                                                                           | 項 目 名                   | 自己負担金 (税込)     | 特記事項                                        |  |
|                                  | ○                                                                                                                                                            | 基本検査                    | 5,000円         |                                             |  |
|                                  | 必須<br>選択                                                                                                                                                     | { どちらか<br>一方に○を<br>記入する | 乳房超音波検査        | 0円                                          |  |
|                                  |                                                                                                                                                              |                         | 乳房マンモグラフィ (X線) | 0円                                          |  |
|                                  |                                                                                                                                                              | HPV検査                   | 5,500円         | 子宮頸部細胞診とセットでの受診となります。<br>HPV検査のみでご受診はできません。 |  |
|                                  |                                                                                                                                                              | 腹部超音波検査                 | 5,500円         |                                             |  |
|                                  | ※乳がん検査は必須選択です。○の記入がない場合は、乳房超音波検査 (エコー) を実施させていただきます。<br>※乳房マンモグラフィ (X線) 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。<br>決定会場によっては、乳房超音波検査に変更させていただく可能性がございます。 |                         |                |                                             |  |

【ご注意】年度内に他の健診との重複受診は出来ません。2回目以降の健診費用は全額自己負担となります。  
※健診結果については当組合の保健事業に活用させていただく場合がございます。  
※自己負担金は当日受付にてお支払いください。なお、上記以外のオプション検査を追加される場合は別途料金が発生しますので、受付で  
ご確認ください。

【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。  
・電話、SMS、はがきでご案内することがございます。ご同意の上お申し込みをお願いいたします。

[全健協使用欄]

|           |        |        |
|-----------|--------|--------|
| 受<br>付    | 処<br>理 | 完<br>了 |
| 1 3 6 5 0 |        |        |