

## WEB以外での予約申込

予約申込締切  
2024年12月25日まで

82~83ページの「個人情報の取り扱いについて」をお読みいただき、ご同意の上、お申込みください。

予約申込書に記入する 35ページが、2024年度家族健診予約申込書です。  
(必要な枚数分コピーしてお使いください。)

## 予約申込書の記入方法

※ 必要な枚数分、コピーしてご使用ください。

2024年度 家族健診 FAX・郵送 予約申込書

FAX送信方向  ご受診者様の情報  お申込み日

1 姓 氏名 2 健康保険証 記号・番号

3 住所 都道府県 市区郡 生年月日(年齢) ※年齢起算日 2025年3月31日

4 健診機関コード 健診機関名称

5 健診コース

6 ご希望日

※ 年齢・性別により、ご受診可能ながん検診が異なります。また、ご希望の健診機関にて希望のがん検診の受診が可能かどうかを健診機関リストの右欄にあるがん検診の欄をご確認の上、お申込みください。

☆必須項目です  
家族健診Aコース(家族A)

40歳以上  胃部X線検査(バリウム) または 40歳以上  胃部内視鏡検査(胃カメラ)

40歳以上  便潜血検査2日法

40歳以上  マンモグラフィ または 20歳以上  乳腺超音波検査

20歳以上  子宮頸部細胞診

受診日にIBM健保組合に加入していること

3週間以上先の日程  
※時間指定不可

第一希望 第二希望 第三希望

備考

予約申込書を送る前にもう一度ご記入漏れがないか確認してください。

FAX申込 予約確定後、原則7日以内にお電話にて受診日時をご連絡します。  
郵送申込 予約確定後、原則10日以内にお電話にて受診日時をご連絡します。  
※上記項目に当てはまる場合は、家族健診ヘルプデスクまでご連絡をお願いします。  
※欄外にご記入された事項につきましては、ご返信できない場合もあります。

ご注意：事前予約なしで当日ご自身が追加された検査費用は全額自己負担となります。

FAX 03-3808-1708

郵送先 〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwa リバーゲート南ウイング10階 公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター 家族健診ヘルプデスク宛

- 1 受診者の氏名・フリガナ・性別**  
ご受診される方の情報をご記入ください。
- 2 健康保険証 記号・番号**  
健康保険証の記号と番号をご記入ください。  
(枝番の記入は不要です。)
- 3 住所・電話番号・FAX番号・生年月日**  
FAX番号はお持ちの方のみご記入ください。  
※年齢は起算日年齢(2025年3月末時点の年齢)をご記入ください。
- 4 健診機関コード・健診機関名称**  
健診機関リスト(46ページ以降)をご覧ください、希望の健診機関の健診機関コードと名称をご記入ください。
- 5 健診コース・がん検診**  
家族健診Aコースは必須項目です。ご希望のがん検診にチェックを入れてください。(ご希望の健診機関にて、がん検診が受診可能かを事前にご確認ください。P46~参照)
- 6 希望日**  
3週間以上先の受診希望日(第三希望日まで)をご記入ください。

⚠ 記入方法をよくご覧いただき、必要事項全てに漏れがないように、ご記入ください。

## 予約申込書をFAX/郵送する



FAX 03-3808-1708

ご記入いただいた予約申込書をFAXしてください。

\*FAXを送信後、1週間過ぎても連絡がない場合は、家族健診ヘルプデスクまでご連絡ください。



郵送先

〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwa リバーゲート南ウイング10階  
公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター

「家族健診ヘルプデスク予約申込」係

ご記入いただいた予約申込書を郵送してください。

\*ご投函後、10日過ぎても連絡がない場合は、家族健診ヘルプデスクまでご連絡ください。

WEB・FAX/郵送での予約申込ができない場合は、お電話ください



家族健診ヘルプデスク

TEL 03-3808-1707

電話受付時間 9:00 - 16:00 (土日祝祭日および休業日を除く)