

※ 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

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、送付ください。

お申込み日

月 日

ご受診者様の情報

フリガ		性別	保険証記号	保険証番号
氏名		男・女		※枝番は記入不要です
住所	〒 都道府県 市区郡			
電話 FAX	生年月日(年齢)		※年齢起算日 2025年3月31日	
	西暦		年	月 日 歳
連絡可能な時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 (9:00~12:00) <input type="checkbox"/> 午後 (12:00~15:00) <input type="checkbox"/> 夕方 (15:00~17:00) <input type="checkbox"/> いつでも可			

予約申込内容

(年齢・性別により、ご受診できる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端にあるがん検診の欄をご確認の上、お申込みください。)

健診機関コード		健診機関名	
健診コース	☆必須項目です 家族健診Aコース(家族A) ※胃部X線・胃部内視鏡、マンモグラフィ・乳腺超音波はどちらか一方のご受診です	がん検診	40歳以上 <input type="checkbox"/> 胃部X線検査 (バリウム) または 40歳以上 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 (胃カメラ)
			40歳以上 <input type="checkbox"/> 便潜血検査2日法
			40歳以上 女性のみ <input type="checkbox"/> マンモグラフィ または 20歳以上 女性のみ <input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査
			20歳以上 女性のみ <input type="checkbox"/> 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			
ご希望日	*3週間以上先の日程 *時間指定不可	第一希望	第二希望
		月 日	月 日
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。
 * 上記お日にちを過ぎても、連絡がない場合は、家族健診ヘルプデスクまでご連絡をお願いします。
 * 欄外にご記入された通信文につきましては、ご回答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。

システム入力 (ダブルチェック)	予約確定日 連絡

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