ベネッセグループ健康保険組合　人間ドック・特定健診　FAX申込書

FAX送信先：045-471-7137 バイオコミュニケーションズ株式会社（委託先および予約代行機関）

申込日	（西暦）　　年　　月　　日			
被保険者等	記　号		生年月日	（西暦）　　年　　月　　日
	番　号			
フリガナ			性別	男　・　女
氏　名　※戸籍名			続柄	本人
				扶養家族（続柄：　　）
送付先住所	〒 都 道 府 県 健診機関より受診案内と健診キット、弊社より受診券を上記住所へお送りします。 また、健診結果の送付先住所となりますので、お間違いのないようにご記入お願いします。			
連絡先電話番号	（　　）		FAX番号	（　　）
	日中、連絡可能な番号のご記入をお願いします			返信が可能な番号のご記入をお願いします
メールアドレス	@			
	受診日確定情報など、重要なお知らせをお送りします。ドット（.）やハイフン（-）など、お間違いのないようにご記入お願いします。			

[ご希望の健診コース]

※人間ドックは30歳以上の被保険者・被扶養者様が対象、特定健診は40歳以上の被扶養者・任意継続被保険者様が対象です。
※人間ドックと特定健診は、年度内にどちらか一方を一回のみ受診できます。

健診コース	□　人間ドック（日帰り）	□　特定健診

[選択項目（健保組合負担の対象）の希望]　※個人負担額についてはホームページ（健診機関検索）でご確認ください。

※**人間ドックを選択された方のみ**下記選択項目の受診が可能です。特定健診を選択された方は選択できません。
※下記選択項目は、実施がなく選択できない健診機関もございます。

胃部の検査方法 （人間ドックを選択された方のみ）	胃部の検査方法	□ 胃部X線（バリウム）検査 □ 内視鏡　（□　経口　　□　経鼻　　□　どちらでもよい　）
		注1）内視鏡検査を受診された場合、差額が発生することがあり、**差額は個人負担となります。**差額の金額は健診機関によって異なります。 注2）内視鏡検査を選択された場合、ご希望の日時での予約が取りづらいことがあります。
婦人科検査の希望 （人間ドックを選択された女性の方のみ）	乳がん検査	□ 受診する　（　□　乳房エコー　　□　乳房マンモグラフィ　） □ 受診しない
	子宮頸部細胞診	□ 受診する　　□ 受診しない

[受診ご希望の健診機関]　※個人負担額についてはホームページ（健診機関検索）でご確認ください。

健診機関	健診機関コード	
	健診機関名	

受診希望日 第1～第3までご希望の受診日をご記入下さい。		
第1希望	第2希望	第3希望
（西暦）　　年　　月　　日（　　）	（西暦）　　年　　月　　日（　　）	（西暦）　　年　　月　　日（　　）

・ご希望の日程は、申込み日より**20日以上先**の日付をご記入下さい。
・ご希望のお日にちで調整させていただきますが、都合により希望に添えない場合もありますのでご了承下さい。
　確定した受診日は、メールまたはFAXまたは電話にてお知らせします。その後、弊社より受診券を郵送します。

◆お預かりした個人情報は関係法令等及び弊社の個人情報保護マネジメントシステムに従い適正な管理を行います。
◆当申込書を弊社に送付した時点で、個人情報の取扱について同意されたものとします。
◆FAX申込書の送信が予約の完了ではありません。弊社からの予約確定日のご連絡(メールまたはFAXまたは電話)を以て予約完了とさせていただきます。
◆FAX申込書を送信後、1週間以内に弊社から連絡がない場合は、FAX不着も考えられますので恐れ入りますが弊社までお電話をいただけますようお願いします。
◆送信後の受診希望日変更、受診希望コース変更、およびキャンセルは、弊社までお電話をいただけますようお願いします。

委託先・お問い合わせ　バイオコミュニケーションズ株式会社
電話番号　　050－3532－1100　受付時間　月曜～金曜（祝日を除く）9：00～17：00