

UDトラックス健康保険組合 2024年度 人間ドック・生活習慣病健診・巡回レディース健診 申込書

〈申込先〉株式会社ベネフィット・ワン 健診予約受付センター宛

FAX 0800-9199-030 24時間受付

TEL 0800-1110-876 (フリーコール)

[受付時間] 10:00-18:00 (日・祝・年末年始を除く)

郵送 〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8
※同封の返信用封筒もご利用できます。

コード	
000668	2

	申込受付期限	受診実施期限
人間ドック	2025年2月28日(金)まで	2025年3月31日(月)まで
生活習慣病健診		
巡回レディース健診	2024年12月20日(金)まで	2025年2月28日(金)まで

個人情報の利用目的について

記入された個人情報は、UDトラックス健康保険組合より、委託された業務のために、健診機関・運送機関・その他第三者に提供されることをご同意の上、お申込みください。

健診の受診について

受診当日にUDトラックス健康保険組合被保険者・被扶養者の資格がある方に限ります。資格喪失後の受診に関しては全額自己負担となりますのでご注意ください。

送信日	西暦	2	0			年				月			日			
保険証に記載の「記号・番号」右ツメでご記入ください。							記号					番号				
フリガナ	セイ					メイ						性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性		
受診者氏名	姓					名						被保険者に対する続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 被扶養者		
生年月日(西暦)						年				月		日	連絡のつきやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 10 ~ 12時	<input type="checkbox"/> 12 ~ 18時	<input type="checkbox"/> ~ 時
電話番号	自宅		-		-								ご希望の連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 日中連絡先	
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯		<input type="checkbox"/> 勤務先		-		-									
住所	〒				-											
都道府県																
※勤務先に送付希望の場合は部署名も記入してください																
受診希望コース※1	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 巡回レディース健診 <input type="checkbox"/> 脳ドック(単体)															
検査オプション※2	<input type="checkbox"/> 脳ドック(頭部MRA+頭部MRI) <input type="checkbox"/> 大腸がん(便潜血) <input type="checkbox"/> 胃がん(X線) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(<input type="checkbox"/> 経口・ <input type="checkbox"/> 経鼻)※人間ドックのみ <input type="checkbox"/> ABC健診 <input type="checkbox"/> すい臓がん(CA19-9) 男性のみ <input type="checkbox"/> 前立腺がん(PSA) 女性のみ <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> マンモグラフィ															
希望健診機関コード※3	第一希望	コード											健診機関名/健診会場			
※健診医療機関リストから選択ください。 ※健診機関コードが6ケタの場合は右ツメで記入してください。																
第二希望																
第三希望																
受診希望日 第五希望まで ※できるだけ多くの希望日を記入してください。	申込日より3週間以上先の日程でお申込みください										左記の希望日以外での希望条件					
	第一希望						月			日		曜日	ご都合のつかない曜日		曜日	
	第二希望						月			日		曜日	ご都合のつかない月日		月 日	
	第三希望						月			日		曜日	手順優先順位		<input type="checkbox"/> 希望日 <input type="checkbox"/> 健診機関	
	第四希望						月			日		曜日				
第五希望						月			日		曜日					

自己負担額については健診ご案内冊子のP4をご参照ください。

※1 同じコースは年に1回の受診となります。

※2 オプションの自己負担額は健診ご案内冊子のP4をご参照ください。

※3 健診医療機関リストはUDトラックス健康保険組合HPまたは電話でご確認ください。

●本申込書1枚につき、1名分のお申込みとなります。

●FAX送信の際は、必ずFAX番号をご確認の上ご送信ください。また、ご記入されたFAX・郵送申込書の控えを保管ください。