

送付先 : (株)あまの創健 全国巡回健診企画室行

FAX : 052-930-8061

巡回健診申込書 (FAXでお申込ください)

オプションの記入例が巡回健診のご案内と異なります。ご注意ください

対象 : 18歳以上被扶養者で女性限定

コスモエネルギーグループ健康保険組合

保険証の記号-番号	被保険者氏名

保険証の記号-番号	受診者氏名 (18才以上被扶養者)	続柄 (妻, 母, 長女等)	生年月日 (西暦)
			年 月 日生
			年 月 日生
			年 月 日生

郵便番号	受診者の住所 (問診票を送付いたしますので、必ず記入お願いします。)
電話番号	

	会場No.	健診日	受診希望会場名
第1希望			
第2希望			
第3希望			

オプション項目申込欄 (受診を希望される方は○印を記入してください。)

項目名	自己負担額	受診希望記入欄
肝炎検査 (B型・C型)	2,096円	
アレルギー検査 (爪皮膚・細皮膚・動物上皮 (マフ))	2,970円	
甲状腺検査	2,178円	
ペプシノーゲン検査	2,096円	
ピロリ菌抗体検査	2,200円	
関節リウマチ検査 (MMP-3)	1,650円	
シスタチンC検査	1,980円	
腫瘍マーカー	A F P : 肝臓	1,650円
	C E A : 消化器	1,650円
	C A 1 2 5 + H E 4 : 卵巣がん	4,400円
	C A 1 9 - 9 : 膵臓, 胆道	2,200円
	S C C : 扁平上皮がん	1,650円
N T - p r o B N P 検査	2,200円	

(注)

※ 被保険者の住所データしかなく案内送付も被保険者住所となりますので、単身赴任者などの場合には、別居されている被扶養者宛には巡回健診案内が届かないことが考えられます。このため、健診該当エリアの被扶養者であって巡回健診案内が届かない方で受診申込をされる方は、本申込書にて指定のFAX番号へ送信をお願いいたします。

※ 上記の個人情報等は、巡回健診の受診以外の目的には利用しません。