

建設連合国民健康保険組合 東京都支部組合員専用

契約医療機関（全日本労働福祉協会：ぜんにほん健診クリニック）

健康診断申込書

＊この用紙に申込内容をご記入の上、以下のFAX番号へFAXして申し込んでください。

※無料受診は年度につき1回のみです。2回目以降の受診は有料となりますのでご注意ください。

〒142-0064 東京都品川区旗の台旗の台6-33-9
一般財団法人 全日本労働福祉協会 ぜんにほん健診予約センター 行

FAX：03-5751-4315

TEL：03-6426-6037

保険証 番号	(12...から始まる番号をご記入下さい)	組合員名（代表者名）	カナ	
	12		氏名	
TEL		FAX		
住所	〒			

▼受診予定の方の情報をご記入ください！

希望日時は、同封しました健康診断の案内の中に記載の「予定表」をご参照の上、希望日時の欄に日付と受付時間をご記入願います。
◎例：7月17日11時を希望の場合・・・ 7/17 11：00（希望日時がお申込の時点で定員オーバーの場合は、日程変更をお願いします。）

受診予定者名	性別	生年月日	希望日時（曜日）	受診機関 どちらかに○	オプション 希望番号
カナ 氏名	男	※西暦で記入願います。	/ ()	新宿南口	
	女	年 月 日	受付時間 :	大森ベルポート	
カナ 氏名	男	※西暦で記入願います。	/ ()	新宿南口	
	女	年 月 日	受付時間 :	大森ベルポート	
カナ 氏名	男	※西暦で記入願います。	/ ()	新宿南口	
	女	年 月 日	受付時間 :	大森ベルポート	
カナ 氏名	男	※西暦で記入願います。	/ ()	新宿南口	
	女	年 月 日	受付時間 :	大森ベルポート	

オプション検査を希望する場合は、右から番号を選択してご記入ください
右に記載のないオプションをご希望の方
→オプション名をその他カッコ内に記入してください

※オプション検査は空き状況によってはご希望に添えない場合がございます。
※オプション検査料金は、当日、お支払いください。



オプション
番号

1. 胃X線検査
2. 胃内視鏡検査
3. 胃がんリスク検査(ABC検査)
4. 腹部超音波検査
5. 肺機能検査
6. マンモグラフィー検査
7. 腫瘍マーカー(前立腺PSA)
8. 腫瘍マーカー(CEA、AFP、CA19-9)
9. 腫瘍マーカー(CA-125)
10. その他

受診日および受付時間は、受診キットの発送をもって確定とさせていただきます。

- ◆ 健康診断関係書類等は、健診日の約2週間前に受診者様宛にお送りいたします。
- ◆ 健康診断関係書類等とは、問診票・検尿容器・健康診断受診時の注意事項等です。
- ◆ 40歳未満の方/加入後2か月以内の方は受診当日、健康診断料金12,400円（税込）をお支払いください。
- ◆ 2週間以内の直近の日程で受診をご希望の方、オプション検査やその他のご相談は下記までお電話をお願いします。
ぜんにほん健診予約センター：03-6426-6037