

レディースドック利用申込書

令和 年 月 日

記号		番号				
事業所名		所属部課				
ふりがな		続柄	※ 被保険者名は受診者が被扶養者の場合記入下さい			
受診者氏名			被保険者名			
生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	性別	女	年齢	歳
自宅の電話番号	() -	内線 連絡先				
ふりがな						
住所	〒 -					
希望医療機関名						
希望日	第一希望	令和	年	月	日	(曜日)
	第二希望	令和	年	月	日	(曜日)
	第三希望	令和	年	月	日	(曜日)
	第四希望	令和	年	月	日	(曜日)
健診実施日	令和	年	月	日	(曜日)	

☆ 人間ドック・レディースドック・PET健診・脳ドックのいずれかを同一年度内に1回受診できます。

☆ レディースドックの利用対象者は、被保険者と被扶養者（子女は除く）です。

【乳がん検査】いずれか希望の検査にチェックをして下さい

- マンモグラフィー . . . 石灰化を伴う乳がんの検出に向き、経過観察に適しています。ただし若年者（40歳未満）や乳腺の多い人では診断が難しいとされています。
- 超音波（エコー） . . . 液体の腫瘍を形成する乳がんの検出に適しています。若年者や乳腺の多い人でも診断可能とされています。ただし、全体の画像がつかみにくい。

健康保険組合では、加入者の健康管理のため健診結果を保管しております。
個人情報の取扱いに関する法令その他を遵守し取り組んでおります。ご理解をお願いいたします。

健保記入欄 年 月 日