

平成 29 年 7 月 吉日

会員各位

一般社団法人 中川法人会

平成 29 年度 人間ドック・脳ドック・婦人科検査 受診のご案内

拝啓 貴社ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は当法人会の事業活動に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記につきまして、下記の通りご案内申し上げます。

会員の皆様が「より良く」「より快適に」生活されるために、是非この機会にご受診されるようご案内申し上げます。

敬具

記

1. 実施期間
平成 29 年 7 月～平成 30 年 3 月
2. 実施機関
一般財団法人 愛知健康増進財団
3. 法人会補助
1 名様 3,000 円
(1 社 3 名様までとなります)
4. お申込方法
同封のFAX用紙で、実施機関宛にお申込みください。

※詳細につきましては、同封の「平成29年度人間ドック・脳ドック・婦人科検査
受診のご案内」をご確認ください。

【お問い合わせ先】

実施機関：一般財団法人 愛知健康増進財団
人間ドック・脳ドック予約担当 ☎ 052-951-3919

FAXでお申込みください FAX 052-951-1682

法人会補助は
1社3名様までとなります

中川法人会

平成29年度
人間ドック・脳ドック・婦人科検査
受診申込書

事業場名				ご担当者名			
郵便番号		TEL		FAX			
所在地							

ご加入の健康保険組合	<input type="checkbox"/> 1.全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）	<input type="checkbox"/> 4.国民健康保険
	<input type="checkbox"/> 2.組合管掌健康保険組合	<input type="checkbox"/> 5.その他
	<input type="checkbox"/> 3.共済組合	
ご加入の 2. 3. 4. 5. の健康保険組合は、名称を下記にご記入ください。		
名称		

◆ 下記、太線内に必要事項をご記入、該当事項の□に☑をご記入ください。 ※ご記入いただきました「個人情報」につきましては、当財団からの健康診断業務に関する、ご連絡・ご案内・その他必要なお知らせのためのみに利用いたします。 ※予約状況により、ご希望の日にご予約を承ることができない場合もございます。その場合はご了承ください。

ご受診者	性別	生年月日	ご受診希望コース	オプション検査を希望する	ご受診希望日 第2希望日までご記入ください	法人会補助
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□昭和 □平成 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> Rコース 86,400円(税込)	<input type="checkbox"/> ① 腫瘍マーカー検査セット <input type="checkbox"/> ⑤ 子宮がん検査 <input type="checkbox"/> ② 甲状腺機能検査 <input type="checkbox"/> ⑥ HPV検査 (ヒトパピローマウイルス) <input type="checkbox"/> ③ 頸動脈超音波検査 <input type="checkbox"/> ⑦ 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> ④ 血圧脈波検査 (ABI・PWV) <input type="checkbox"/> ⑧ 乳房X線検査 (マンモグラフィ) ※Rコース・Sコースには①③④が含まれています。	第1希望 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
氏名 様			<input type="checkbox"/> Sコース 64,800円(税込)			
自宅住所	<input type="checkbox"/> Aコース 45,360円(税込)					
自宅電話 ()	携帯電話 ()	<input type="checkbox"/> R+婦人科検査 100,800円(税込)				
		<input type="checkbox"/> S+婦人科検査 79,200円(税込)				
		<input type="checkbox"/> A+婦人科検査 59,760円(税込)				
		<input type="checkbox"/> 脳ドック 48,600円(税込)				
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□昭和 □平成 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> Rコース 86,400円(税込)	<input type="checkbox"/> ① 腫瘍マーカー検査セット <input type="checkbox"/> ⑤ 子宮がん検査 <input type="checkbox"/> ② 甲状腺機能検査 <input type="checkbox"/> ⑥ HPV検査 (ヒトパピローマウイルス) <input type="checkbox"/> ③ 頸動脈超音波検査 <input type="checkbox"/> ⑦ 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> ④ 血圧脈波検査 (ABI・PWV) <input type="checkbox"/> ⑧ 乳房X線検査 (マンモグラフィ) ※Rコース・Sコースには①③④が含まれています。	第1希望 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
氏名 様			<input type="checkbox"/> Sコース 64,800円(税込)			
自宅住所	<input type="checkbox"/> Aコース 45,360円(税込)					
自宅電話 ()	携帯電話 ()	<input type="checkbox"/> R+婦人科検査 100,800円(税込)				
		<input type="checkbox"/> S+婦人科検査 79,200円(税込)				
		<input type="checkbox"/> A+婦人科検査 59,760円(税込)				
		<input type="checkbox"/> 脳ドック 48,600円(税込)				
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□昭和 □平成 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> Rコース 86,400円(税込)	<input type="checkbox"/> ① 腫瘍マーカー検査セット <input type="checkbox"/> ⑤ 子宮がん検査 <input type="checkbox"/> ② 甲状腺機能検査 <input type="checkbox"/> ⑥ HPV検査 (ヒトパピローマウイルス) <input type="checkbox"/> ③ 頸動脈超音波検査 <input type="checkbox"/> ⑦ 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> ④ 血圧脈波検査 (ABI・PWV) <input type="checkbox"/> ⑧ 乳房X線検査 (マンモグラフィ) ※Rコース・Sコースには①③④が含まれています。	第1希望 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
氏名 様			<input type="checkbox"/> Sコース 64,800円(税込)			
自宅住所	<input type="checkbox"/> Aコース 45,360円(税込)					
自宅電話 ()	携帯電話 ()	<input type="checkbox"/> R+婦人科検査 100,800円(税込)				
		<input type="checkbox"/> S+婦人科検査 79,200円(税込)				
		<input type="checkbox"/> A+婦人科検査 59,760円(税込)				
		<input type="checkbox"/> 脳ドック 48,600円(税込)				