

H. U. グループ健康保険組合 2025年度がん検診申込書(FAX専用)

H.U.ウェルネス健康診断予約センター H.U.グループ健康保険組合がん検診担当 宛

FAX 050-3156-3787

※太枠内をすべてご記入ください

受診者様	保険証 記号・番号	記号	番号
	フリガナ		
	氏名		性別 男・女
	生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)	2026年3月31日時点
	自宅住所(案内・結果送付先) ※事業所宛の場合、事業所住所・事業所名・部署を記入	〒	
	連絡先電話番号 (日中つながる連絡先)	① — — 勤務先・携帯・他()	② — — 勤務先・携帯・他()
	勤務先	(会社名)	
受診する医療機関	必ず記入してください。医療機関名が無いと予約は取れません。		
希望検査項目 希望する検査番号に○をしてください ※医療機関によっては実施できない検査項目もあります。別紙「②契約施設一覧」を確認の上ご記入ください。	肺がん検査	1. 胸部CT	1~4 いずれかを選択
		2. 胸部X線	
		3. 胸部CTと喀痰細胞診	
		4. 胸部X線と喀痰細胞診	
乳がん検査	1. マンモグラフィ	1か2 どちらか選択 (病院により両方もあり)	
	2. 乳房超音波		
子宮がん検査	1. 頸部細胞診		
受診希望日 ※各月第2希望まですべて記入してください。検診時間は指定できません。 ※医療機関によって実施曜日・期間が限定されている場合があります。	12月希望日	12月 日 ()	12月 日 ()
	1月希望日	1月 日 ()	1月 日 ()
	2月希望日	2月 日 ()	2月 日 ()

【問い合わせ先】 H.U.ウェルネス健康診断予約センター(H.U.グループ健康保険組合がん検診担当) TEL 03-6895-3797

医療機関様使用欄(検診項目に○をお願いいたします)

予約決定日	月 日 午前・午後 時 分
受付医療機関名	ご担当者様
TEL	受診者様への事前送付物 有り or 無し
受診検査	肺がん検査 胸部CT・胸部X線1方向・胸部X線2方向 喀痰細胞診 喀痰細胞診(胸部CT・胸部X線とセット受診 / 単独受診不可) 乳がん検査 視触診・マンモグラフィ1方向・マンモグラフィ2方向・乳房超音波 子宮がん検査 内診・頸部細胞診

医療機関様へ

- * 予約決定日等をご記入後、H.U.ウェルネス健康診断予約センターへFAXのご返信をお願いいたします(FAX:050-3156-3787)。
- * 検診結果は、直接ご受診者様へご郵送ください。
- * 受診者様の窓口支払いはございません。全額を弊社へ結果票(控え)を添付のうえご請求ください。
- * 受診期限は2月末日です。予約日変更の場合も2月末日迄をお願いいたします。3月以降受診不可。