

FAX050-3156-3787

※太枠内をすべてご記入ください

受診者様	健康保険 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)	2027年3月31日時点
	自宅住所(案内・結果送付先) ※事業所宛ての場合、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)				
		※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※				
受診する医療機関						
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のご返信お願いいたします(FAX:050-3156-3787)。
- * 個人用結果 1部 …受診者本人へ送付。上記コピー1部 …請求書と合わせてH.U.ウェルネス株式会社へ送付
- * 当社へのご請求は、仕様書および料金確定書の通りお願いいたします。
- * 受診期限は2月末日です。予約日変更の場合も2月末日迄でお願いいたします。3月以降受診不可。