2023 JTBグループ用人間ドック(スタンダードドック)申込書

■ 日本健康開発財団 東京・八重洲総合健診センター 宛

FAX:03-3274-5833 TEL:03-3274-2861 (JTB内線 8213)

送信日: 年 月 日

申込受付締切:2024年2月15日(木)まで 受診実施期間:2024年2月29日(木)まで

(1)受診者情報 ※健康保険証をご用意の上、必要事項を全てご記入いただき、FAXにてご送信ください。

少女移有情報 ※健康休	庾証をこ用息の工、	<u>必安争項で王</u>	<u>C</u> こ記入いだださ、	FAXIC Cこ 返信 \/:	-cu'	
保険者番号	ジェイティービー健康保険組合				保険証記号	保険証番号
0 6 1 3 1 4 6 0						
フリガナ					性別	被保険者に対する続柄
氏 名					男 • 女	□被保険者本人 □被扶養配偶者
生 年 月 日	西暦	年	月	日		□配偶者以外の被扶養者
現 住 所	- -					
送付先住所 (現住所と異なる場合のみ記入)	〒 ー ※勤務先に送付希望	の場合は部署名も	ご記入ください			
日中連絡先	※携帯電話など必ず 	連絡のとれる電話: 一	番号をご記入ください	。 携帯 ・ 自宅	・ 勤務先 ・ その他()
FAX番号	_	_				
メールアドレス	※上記連絡先でご連	絡がとれない場合	などに使用させていた @	:だきます。		※英数字ブロック体で正確にご記入くださり

②受診希望日時

1ヶ月前までにお申込みください。第1希望でご予約が確定した場合、後日お送りいたします<健診書類>で受診日と受付時間をご確認願います。

受診希望日時 * 予約時間は、 8:20,9:20 よりお選びください	第1希望:	月	日()	8:20	9:20	第1希望でご予約不可の場合、日中連絡先にご連絡申し上げます						
	第2希望:	月	日()	8:20	9:20	《確	定健診	日》↓≝	セン	ター使用欄		
	第3希望:	月	日()	8:20	9:20	年	月	日()	8:20 •	9:20	

[※]乳房視触診検査または子宮頸部がん細胞診検査をご希望の方は9:20でお申し込みください。

③受診希望内容

ジェイティービー健康保険組合の補助額を差し引いた自己負担額でご受診できます。(自己負担は受診当日に窓口精算/受診時期により割引料金適用)

ジェイティーヒー健康に	<u> 保険組合の補助額を差し引いた目己負</u>	負担額でご受診できます。(自己負担は受診	当日に窓口	<u> 精算/</u> 受調	<u> </u>	<u>斗金</u> 1	固用)		
			受診	期間	自	2負	担(I	円·移	(込	
スタンダードドック (日帰り人間ドック)		得々割引 7,700円引 ⇒ 39,600円		2023年4	月~6月		1	4	6 (0 0
	基本健診料金:47,300円	得割引 4,400円引 ⇒ 42,900円		2023年7	月~8月		1	7	9 (0 0
		通常料金	20	023年9月 <i>•</i>	~2024年2月		2	2	3 (0 0
	追加検査希望	自	己負	担(F	円·税	込)				
				2	9 7	7 0				
!	CA125(卵巣がんマーカー)				3	3 (0 0			
血液検査	CEA(胃がん・大腸がんマーカー)				3	3 (0 0			
腫瘍マーカー	CA19-9(膵臓がんマーカー・進行か				3	3 (0 0			
	エラスターゼ1(膵臓がんマーカー・						0 0			
	SCC(肺がん・子宮頸がんマーカー				3	3 (0 0			
血液検査	新型コロナウイルス抗体検査						0 0			
骨密度検査	骨密度測定			Ī	3	3 (0 0			
	マンモグラフィ(乳房X線)			Ī	_	_	0 0			
	乳房超音波(エコー)				i			0 0		
	視触診検査						2	2 (0 0	
	内診+子宮頚がん細胞診		1	女性のみ			İ			0 0
婦人科検査	マンモ+内診+子宮頚がん細胞診					Ħ	i			0 0
	乳房エコー+内診+子宮頚がん細脈	包診	平日の 9:20のみ				Ī	8	8 (0 0
	マンモ+乳房エコー+内診+子宮乳	頃がん細胞診	9:200767				1	_		0 0
	経膣エコー	子宮頚がん細胞診								0 0
	HPV検査	を受診の方のみ							_	0 0
肺検査	肺がん検査(CT検査<胸部/肺>+四			1	1	0 (0 0			
	喀痰細胞診検査				3	3 (0 0			
内臓脂肪検査	内臓脂肪CT検査 ※肺がん検3							0 0		
当ル無検木	胃部内視鏡(基本経鼻、経口でも実				_	_	0 0			
消化管検査	大腸CT検査(後日実施の検査)			2	9	7 (0 0			
ロー・ピロリ菌検査								_		0 0
胃検査(血液検査)	ペプシノーゲン			İ	3	3 (0 0			
頭部検査	脳MRI/MRA検査 ※委託先記			3	9	6 (0 0			
吸叩快互	頸動脈エコー				4	4 (0 0			
	•			슴計	金額	1			╗	

④お申し込み後の流れ

※ジェイティービー健康保険組合の資格確認を東京・八重洲総合健診センターが行い、受診日が近づきましたら(受診の約1ヶ月前)送付先ご住所宛に〈健診書類〉と〈 検査容器〉をお送りします。