

労 金 健 保 ホームネット提携ドック 申込書

FAX 03-5287-3427

ホームネット(株) 人間ドック予約センター宛

| | | | |
|--------------------|--|--------|--|
| 申込日 | 平成 年 月 日 | 所属事業所名 | |
| フリガナ 被保険者 氏名 | | 保険証記号 | |
| | | 保険証番号 | |
| フリガナ 受診者 氏名 | | | 性別 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 (年齢 歳) | | |
| 連絡先 | 自宅TEL () | 携帯TEL | () |
| 郵送先 住所 | 〒 - ※検査キット・健診結果等の希望送付先を記入してください | | |
| 胃部検査 | どれかに○をつけて下さい 1 レントゲン(バリウム) 2 内視鏡 3 希望しない | | ※ 健診機関によっては、 ご希望の検査が受けら れないこともあります。 また、オプション検査項 目によっては、別途料 金がかかる場合があり ます。 |
| オプション | がん検査 ○をつけて下さい 1 子宮頸部 希望する しない 2 乳房(マンモグラフィー) 希望する しない 3 乳房(超音波) 希望する しない 4 その他 (検査項目) | | |

「ホームネット提携ドック健診機関一覧」から、ご希望の健診機関をお選びください。

| | |
|--------------|-----------------------|
| ご希望の健診機関・受診日 | ※希望日の3週間前までにお申込みください。 |
| 第一希望 | 第二希望 |
| 健診機関名 () | 健診機関名 () |
| 第一希望 月 日 | 第一希望 月 日 |
| 第二希望 月 日 | 第二希望 月 日 |
| 第三希望 月 日 | 第三希望 月 日 |

■ 個人情報の収集・保有・利用・提供に関する同意条項

お申込頂く個人情報は、人間ドックの予約時に健診実施機関へ提供します。
 また、健診結果についてはホームネット株式会社を通して全国労働金庫健康保険組合へ提供します。
 これらの個人情報取扱いに同意した上でお申込みください。

■ 受診期間 2010年1月末まで (申込み受付 2010年1月10日必着)

■ 申込書送付先および問合せ先 (郵便またはFAXをご利用ください。)

〒162-0045 東京都新宿区馬場下町1-1 早稲田SIAビル5F
 ホームネット(株) 人間ドック予約センター宛

TEL 03-5292-2248
 FAX 03-5287-3427