インターネット・FAX・郵送のいずれかでお申し込みください　FAX03（6385）8077

整理 No.

令和8年度 女性のための子宮がん・乳がん検診申込書(FAX・郵送用)

☆実施期間は令和8年11月2日(月)～令和9年3月31日(水)[平日実施]

医療法人社団 こころとからだの元氣プラザ

【個人情報の取扱いについて（弁護士国保加入の方へ）】

弁護士国保加入者の検診結果は、弁護士国保の保健事業データとして、医療機関より提供されます。
保健事業の充実、検診に対する国庫・都費補助金の基礎資料として弁護士国保にて管理いたしますので、同意のうえお申し込みください。
ご同意いただけない場合、弁護士国保保健事業として受診することはできません。非加入者（弁護士国保補助なし）として扱います。

□ 同意します　※□に「レ」チェックを記入して下さい。

東京都弁護士国民健康保険組合

〈ご案内書類及び結果報告書送付先と検診項目申込〉

該当する送付先・連絡先に〇印を付けて、下記記入欄を全てご記入ください。

送付先住所	事務所・自 宅	〒　　－　　事務所住所の場合、事務所名を必ずご記入ください 事務所名：	連絡先電話番号	事務所・自 宅	（　　） 事務所名及びご担当者名　：
				携帯電話	（　　）

申込者氏名	フリガナ	生年月日	西　暦 年　月　日	弁護士国保	加入・未加入 （弁護士国保加入の場合は保険証の記号・番号・枝番をご記入ください） 記号 84-　番号　枝番

検診項目	希望される検診項目の**いづれか一つ**に〇をつけてください。 1. 子宮がん検診・乳がん検診(視触診＋マンモグラフィー) 2. 子宮がん検診・乳がん検診(視触診＋乳房超音波検査) 3. 子宮がん検診・乳がん検診(視触診＋マンモグラフィー＋乳房超音波検査) 4. 子宮がん検診 5. 乳がん検診(視触診＋マンモグラフィー) 6. 乳がん検診(視触診＋乳房超音波検査) 7. 乳がん検診(視触診＋マンモグラフィー＋乳房超音波検査)	オプション	希望される場合は〇をつけてください。（複数選択可） 8. 超音波断層撮影（経腟エコー） ※子宮がん検診のオプションです。単体実施はできません 9. 骨密度測定検査	ご希望日 ＊3週間先の日程をご記入ください	第1希望日 月　日	午前	午後	第2希望日 月　日	午前	午後
		ご要望欄			第3希望日 月　日	午前	午後	第4希望日 月　日	午前	午後

（秋季健康診断（胃カメラ実施の場合）と子宮がん・乳がん検診を同日実施の場合は、子宮がん・乳がん検診は午後に行いますので、ご了承ください。）

〈お申し込みにあたってのお願い〉

＊受診日の確定は先着順となっております。下記①～④につきまして、予めご了承のうえお申し込みいただきますようお願いいたします。

①お申し込み多数により、ご希望に添えず日程調整が必要な場合や、未記入等により確認が必要な場合は、確認でき次第、受付完了となりますので、ご了承ください。
②予約の状況により、早期に予約受付を終了する場合がございます。お申し込みされていても後日お断りする場合がございます。
※①②に該当する方には、弊社より『連絡先電話番号』へご連絡いたします。
③ＦＡＸ・郵送によるお申し込みはインターネットによるお申し込みに比べ、受付処理にお時間をいただく場合がございます。
④弁護士国保加入者は被保険者証記号・番号・枝番の記入が必要となります。確認方法は弁護士国保ホームページ（右記二次元コードご参照）をご確認ください。

〈ご記入上の注意〉

＊「視触診のみ」は実施いたしません。ご了承ください。
＊2名以上のお申し込みは恐れいりますがコピーしてご使用ください。
＊グループにて同じ日程で受診または別の日程で受診をご希望の場合は、申込用紙をまとめて一緒にFAX送信してください。
その際ご要望欄に送信枚数と連番をご記入ください。別々にお申し込みの場合、ご希望に添えない場合がございます。
＊内容修正等で再送する場合は『再送』とご記入ください。

記入例は裏面をご参照ください。

記入例

【個人情報の取扱いについて（弁護士国保加入の方へ）】

弁護士国保加入者の検診結果は、弁護士国保の保健事業データとして、医療機関より提供されます。
保健事業の充実、検診に対する国庫・都費補助金の基礎資料として弁護士国保にて管理いたしますので、同意のうえお申し込みください。
ご同意いただけない場合、弁護士国保保健事業として受診することはできません。非加入者（弁護士国保補助なし）として扱います。

☑ 同意します　※□に「レ」チェックを記入して下さい。

東京都弁護士国民健康保険組合

〈ご案内書類及び結果報告書送付先と検診項目申込〉

該当する送付先・連絡先に〇印を付けて、下記記入欄を全てご記入ください。

送付先住所	(事務所)・自宅	〒101－0051　事務所住所の場合、事務所名を必ずご記入ください 東京都千代田区神田神保町1-105 神保町マンション301号室 事務所名：元氣プラザ法律事務所	連絡先電話番号	(事務所)・自宅	03（5210）6648 事務所名及びご担当者名：元氣プラザ法律事務所　山田
				携帯電話	090（1234）5678
申込者氏名	フリガナ　ケンコウ　ハナコ 健康　花子		生年月日	西暦 1975年09月25日	弁護士国保	(加入)・未加入（弁護士国保加入の場合は保険証の記号・番号・枝番をご記入ください） 記号 84-101　番号 99999　枝番 00

検診項目	希望される検診項目の**いづれか一つ**に〇をつけてください。 1. 子宮がん検診・乳がん検診(視触診＋マンモグラフィー) 2. 子宮がん検診・乳がん検診(視触診＋乳房超音波検査) (3.) 子宮がん検診・乳がん検診(視触診＋マンモグラフィー＋乳房超音波検査) 4. 子宮がん検診 5. 乳がん検診(視触診＋マンモグラフィー) 6. 乳がん検診(視触診＋乳房超音波検査) 7. 乳がん検診(視触診＋マンモグラフィー＋乳房超音波検査)	オプション	希望される場合は〇をつけてください。（複数選択可） (8.) 超音波断層撮影（経腟エコー） ※子宮がん検診のオプションです。単体実施はできません 9. 骨密度測定検査	ご希望日 ＊3週間先の日程をご記入ください	第1希望日	第2希望日	第3希望日	第4希望日
					11月26日	11月30日	12月24日	2月2日
					午前 (午後)	(午前) 午後	午前 (午後)	午前 (午後)
		ご要望欄	元氣良子と同じ日時を希望します。　1/2枚　『再送』					

（秋季健康診断（胃カメラ実施の場合）と子宮がん・乳がん検診を同日実施の場合は、子宮がん・乳がん検診は午後に行いますので、ご了承ください。）

〈ご記入上の注意〉

＊「視触診のみ」は実施いたしません。ご了承ください。
＊2名以上のお申し込みは恐れいりますがコピーしてご使用ください。
＊グループにて同じ日程で受診または別の日程で受診をご希望の場合は、申込用紙をまとめて一緒にFAX送信してください。
　その際ご要望欄に送信枚数と連番をご記入ください。別々にお申し込みの場合、ご希望に添えない場合がございます。
＊内容修正等で再送する場合は『再送』とご記入ください。