



## 令和7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7年11月1日～令和8年3月31日[平日実施]

医療法人社団 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○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 |                                                                       | 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                                                                   | 弁護士国保                    | 加入・未加入<br>(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) |     |       |       |       |
|       |                                                                                                                                                                                                          |                           | 年 月 日                                                                 |                          | 記号                                          | 84- | 番号    |       |       |
|       |                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                       |                          |                                             |     | 枝番    |       |       |
| 検診項目  | 希望される検診項目の <u>いずれか一つ</u> に○をつけてください。                                                                                                                                                                     | オプション                     | 希望される場合は○をつけてください。<br>(複数選択可)                                         | ご希望日<br>*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 |
|       | 1. 子宮がん検診・乳がん検診(視触診+マンモグラフィー)<br>2. 子宮がん検診・乳がん検診(視触診+乳房超音波検査)<br>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)<br>4. 子宮がん検診<br>5. 乳がん検診(視触診+マンモグラフィー)<br>6. 乳がん検診(視触診+乳房超音波検査)<br>7. 乳がん検診(視触診+マンモグラフィー+乳房超音波検査) |                           | 8. 超音波断層撮影<br>(経膈エコー)<br>※子宮がん検診のオプションです。<br>単体実施はできません<br>9. 骨密度測定検査 |                          | 月 日                                         | 月 日 | 月 日   | 月 日   |       |
|       | ご要望欄                                                                                                                                                                                                     |                           |                                                                       |                          |                                             |     |       |       |       |

(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比べ、受付処理にお時間をいただく場合がございます。
- ④諸般の事情により、検診業務を中止する場合がございます。

## 〈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○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 | <input checked="" type="radio"/> 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<br>東京都千代田区神田神保町1-105<br>神保町マンション301号室<br>事務所名：元氣プラザ法律事務所 | 連絡先<br>電話番号                                                          | <input checked="" type="radio"/> 事務所・自宅 | 03（5210）6648<br>事務所名及び<br>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<br>健康 花子                                                                                                                                                                                      | 生年月日                                                                                       | 西 暦<br>19750925<br>年 月 日                                             | 弁護士国保                                   | <input checked="" type="radio"/> 加入・未加入<br>(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)<br>記号 84- 101 番号 99999 枝番 00 |        |        |       |
| 検診項目  | 希望される検診項目の <u>いづれか一つ</u> に○をつけてください。                                                                                                                                                                        | オプション                                                                                      | 希望される場合は○をつけてください。<br>(複数選択可)                                        | ご希望日<br>*3週間先の<br>日程をご記<br>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 |
|       | 1. 子宮がん検診・乳がん検診(視触診+マンモグラフィー)<br>2. 子宮がん検診・乳がん検診(視触診+乳房超音波検査)<br>③ 子宮がん検診・乳がん検診(視触診+マンモグラフィー+<br>乳房超音波検査)<br>4. 子宮がん検診<br>5. 乳がん検診(視触診+マンモグラフィー)<br>6. 乳がん検診(視触診+乳房超音波検査)<br>7. 乳がん検診(視触診+マンモグラフィー+乳房超音波検査) |                                                                                            | ⑧ 超音波断層撮影<br>(経膈エコー)<br>※子宮がん検診のオプションです。<br>単体実施はできません<br>9. 骨密度測定検査 |                                         | 11月26日                                                                                                    | 11月29日 | 12月24日 | 2月2日  |
|       | ご要望欄                                                                                                                                                                                                        | 元氣良子と同じ日時を希望します。 1/2枚 『再送』                                                                 | 午前 午後 午前 午後 午前 午後 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。)

### 〈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。