

## 《 2025年度 澁澤健康保険組合 人間ドック受診申込書 》

健診案内の内容を確認・承諾し、下記の通り申込みます。

申込日

月

日

振興会 コード	25064408	保険証記号		保険証番号	
氏名	(フリガナ)			性別	男 女
生年月日	S H	年	月	日 ( 歳 )	※ 2026年3月31日時点の年齢を記入
携帯電話番号			電話番号 (日中の連絡先)		
住所	〒 - ※マンションなどの建物名や号室まで正確にご記入ください				
受診希望 健診機関	コード番号 (8ケタ)		健診機関名称		
検査内容	検査項目		希望する 項目に○	受診対象・条件	自己負担額
	必須	基本検査	○		9,240円
	2	前立腺検査 (PSA)		※男性のみ	550円
	3	胃部内視鏡検査		経口または経鼻	880円
	4	乳房検査 (マンモグラフィ)		※女性のみ ※どちらか一つを選択	1,100円
	5	乳房検査 (超音波)		※視触診を実施する場合があります	
	6	子宮頸部細胞診		※女性のみ	1,210円
自己負担金額 合計					円
受診希望日	① 月 日 ( )	② 月 日 ( )	③ 月 日 ( )		
※申込日より30日以上先の日をご記入ください。受診期限は2026年3月31日。					
仮予約 日時	月 日 ( ) 午前・午後 時 分 仮予約済み				
備考欄	※特記事項のある場合はご記入ください				

本書を下記①または②の方法でお送りください。

①【郵送】 〒963-8014 福島県郡山市虎丸町21-10 EME郡山ビル5F  
(一財) 日本健康文化振興会 郡山オペレーションセンター 宛

②【FAX】 024-954-8172 (送信面と番号をよくご確認ください)