

【団体申込書】

別紙

予約受付番号

1

事業所名

〇×株式会社

「お申込み確認メール」に記載の予約受付番号

予約希望日をご記入ください。

健康保険協会の被保険者様が対象の健診となります。

※被扶養者の方は受診できませんのでご了承ください。

※年齢起算日は2027年4月1日の年度年齢になります。

予約希望日と人数を記入し、  
胃部内視鏡希望の場合は、  
横に〇をいれてください

健診種類	人数	予約希望日(胃部内視鏡希望の方は日付の横に〇)			
一般健診 35歳以上75歳未満	4	4/15 1名	〇	5/20 1名	〇
		名		名	
		名		名	
		名		名	
		名		名	
一般健診 (乳がん、子宮がん検査含む) 40歳～74歳の偶数年齢 36歳、38歳は子宮がんのみ	2	5/24 乳+子宮 1名	〇	5/24 乳のみ 1名	〇
		名		名	
		名		名	
		名		名	
		名		名	
節目健診 40・45・50・55・60・65・70歳	1	5/30 1名		名	
		名		名	
		名		名	
節目健診 (乳がん、子宮がん検査含む) 40・45・50・55・60・65・70歳	0	名		名	
		名		名	
		名		名	

※インターネット予約の方  
WEB画面の健診希望人数は  
合計を入力してください

合計

7

人

子宮がん検診 20歳～38歳の偶数年齢	1	4/25 1名	名	名	名
		名	名	名	名

※インターネット予約の方  
子宮がん検診のみ受診の人数に  
つきましては、WEB画面に入力し  
ないで下さい

※メールもしくはFAXにてご返送ください。

※ご返送いただきましたら受付番号順に受診日程を確定させていただきます。

ご希望日で予約をお取りできない場合は当センターからご連絡をさせていただきますので  
何卒ご協力をお願い申し上げます。

※ご予約確定後のキャンセルおよび日程変更等は、お早目にご相談ください。

《返送先》

[kenshincenter@narita.jrc.or.jp](mailto:kenshincenter@narita.jrc.or.jp)

FAX:0476-23-7800

成田赤十字病院 健康管理センター

TEL 0476-22-2311  
(内線 7501・7504)