**《2025年度エーザイ健康保険組合　節目人間ドック申込書》**

**別紙「節目人間ドックのご案内」の内容を確認し、下記の通り受診の申込みをいたします。**

**医療機関名：サン虎の門クリニック**

**１．受診者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込日　2025年　　　月　　　日 | 健保名 | エーザイ健康保険組合 |
| 保険証記　号 | 保険証番　号 | 氏　　　　名 | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
|  |  | ﾌﾘｶﾞﾅ | 　　年　　月　　日 | 才 | 男女 |
|  |
| 資　料　送　付　先　住　所　(自宅) | 会社TEL　　　　　　（　　　　）自宅TEL　　　　　　（　　　　） |
| 〒 |

**２．希望日（受診期間4/1～9/30までです。申込日より30日以上先の日を記入してください）**

第１希望　　月　　日/時間　：　　～　 第４希望　　月　　日/時間　 ：　　～

第２希望　　月　　日/時間　：　　～　 第５希望　　月　　日/時間　 ：　　～

第３希望　　月　　日/時間　：　　～　 予約済日時　　月　　日/時間　 ：　　～

　　※頭部MRI/MRA検査をご希望の方は検査開始時刻（14時or15時）も通信欄にご記入ください。

　　　検査は別施設にて実施されます。

※受診日決定後、医療機関より資料送付先住所へ受診票等の資料が届きます。

　　　実施日当日は忘れずに持参してください。

　　※時間は**8:00～**8:30、**8:30～**9:00、**9:00～**9:30、**13:00～**13:30のうちから選んでください

**３．検査の内容**

|  |
| --- |
| **基本検査**（全員受診） |
| **希望検査**（番号に○をする） | １　乳房エコー | ７　~~迅速ウレアーゼ試験~~ | 13　胃部内視鏡（　経口　経鼻　） |
| ２　ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ検査 | ８　喀痰検査（肺がん） |
| ３　子宮エコー検査 | ９　マルチスライスCT | 14　大腸CT検査 |
| ４　HPV検査 | 10　内臓脂肪測定 | 15 頭部MRI/MRA検査 |
| ５　ＰＳＡ | 11　骨密度超音波検査 |  |
| ６　尿細胞診検査 | 12　ﾋﾟﾛﾘ菌（血液） |  |

　　☆**オプションの料金・検査内容の詳細は次のﾍﾟｰｼにてご確認ください**。

**注）検査費用の総額が70,000を超えた場合、その超えた分は検査日当日に窓口でお支払ください。**

**通信欄**（連絡事項はこちらへご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

**お申し込み方法：案内メールの全員返信で記入した申込書のPDFを送付**

**：社内メール（H47エーザイ健康保険組合人間ドック担当宛）で送付**

|  |
| --- |
| **＜重要＞個人情報について（結果表の情報提供）　＊同意の署名が無い場合には申し込み出来ません。****本節目人間ドックの結果表は、エーザイ健康保険組合、エーザイ株式会社及び産業医に対し****情報提供することに同意します。****署名** |

