

送信先 FAX 0172-31-3088

複数人で使用するときにはコピーして使用して下さい。

【お申込について】 (送信先 業務委託先 株式会社バリューHR)

受診を希望する契約健診機関へ予約をされた後に、本連絡票へ必要事項をご記入いただき、健診カスタマーサービスへ送信または郵送して下さい。

ジャックス健康保険組合 WEB登録できない方専用のFAX/郵送連絡票 【確定申請用】

※右側太枠内を全てご記入下さい

○被保険者情報								
被保険者名	フリガナ	被保険者等記号・番号						
	氏名	記号	番号	番号	番号	番号	番号	
○健診予約情報 ※健診機関へ予約をした内容を以下へご記入下さい。								
健診機関名								
健診予約日	年	月	日	健診機関受付者名 ※任意	申込日 ※任意	年	月	日
受診者	フリガナ	性別	男・女	続柄	本人・被扶養者			
	氏名	生年月日	(西暦)	年	月	日		
○医療機関へ予約済みの内容をチェックしてください。 ☆年齢は毎年度4/1現在で下記の方が対象です。								
生活習慣病検診 (胃カメラ・バリウム)	<input type="checkbox"/>	生活習慣病検診+胃カメラ	<input type="checkbox"/>	生活習慣病検診+バリウム	30歳以上			
★婦人科(乳がん検診は、乳房超音波かマンモグラフィーかのどちらか一方が健保補助対象)								
子宮がん検診	<input type="checkbox"/>	頸部細胞診(医師採取)	女性・20歳代(偶数年齢) および30歳以上					
乳がん検診	<input type="checkbox"/>	エコー(乳房超音波)						
	<input type="checkbox"/>	マンモグラフィー(乳房X線)						
★オプション(生活習慣病検診と併せてお申し込みください)								
肺がん検診	<input type="checkbox"/>	肺CT	40歳以上(偶数年齢)					
脳ドック	<input type="checkbox"/>	脳MRI・MRA	40歳・45歳 および50歳以上 ※MRI・MRAかCTどちらか選択					
	<input type="checkbox"/>	脳CT						
大腸がん検診	<input type="checkbox"/>	大腸内視鏡	40歳・45歳 および50歳以上 ※内視鏡・CTどちらか選択					
	<input type="checkbox"/>	大腸CT						
<input type="checkbox"/>	すい臓がん検診(CA19-9)	40歳以上						
<input type="checkbox"/>	前立腺がん検診(PSA)	男性50歳以上						
<input type="checkbox"/>	骨粗鬆症(骨密度測定)	女性40歳以上						
○連絡先/書類送付先								
健診キット送付先	住所	(〒 -)						
受診承認書送付方法	<input type="checkbox"/>	FAX	-	-				
	<input type="checkbox"/>	郵送	<input type="checkbox"/> 健診キット送付先と同じ					
連絡先	※健診機関より連絡が入る場合がございます。日中連絡のとれる番号をお願い致します。							
	<input type="checkbox"/>	自宅	<input type="checkbox"/>	会社	<input type="checkbox"/>	携帯	-	-

【個人情報について】
ご記入された個人情報は、個人情報保護法のもと健康保険組合の保健事業および健康支援事業の目的に使用されます。
この情報はジャックス健康保険組合および業務委託会社である㈱バリューHR、健診機関に提供されます。ご同意の上、お申込下さい。

【健診結果について】
健診結果は、健診機関より直接ご本人宛に送付される他、健康保険組合および業務委託会社である㈱バリューHRに提供されます。ご同意の上お申込下さい。

【お問合せ先/本紙送付先】

株式会社バリューHR 弘前オペレーションセンター/カスタマーサービスグループ
TEL :0570-001-824(平日 9:30-17:00 土日祝休) FAX :0172-31-3088
郵送 :〒036-8186 青森県弘前市大字富田三丁目9-4
※郵送の場合、郵送費用は本人様のご負担となります。予めご了承ください。