



〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階
医療法人社団進興会 東プラ健診クリニック 予約センター
Tel:03-5833-3475 Fax:03-5833-5641

健診-1

【健保補助対象者】
・年度末年齢35歳以上
・続柄が本人または配偶者

保険証番号	フリガナ		性別	続柄	生年月日(和暦)	コース	希望月 記入欄 <small>※当院指示時のみ、 ご記入ください</small>	決定日時 <small>※電話予約後、ご記入ください</small>	乳房 超音波 <small>女性のみにいずれかに ○をしてください</small>	子宮頸部 細胞診 <small>女性のみにいずれかに ○をしてください</small>	胃部内視鏡 別途 6,600円 (※1)	血液面談 <small>指示時のみ○を してください (※2)</small>	備考欄 <small>※オプション検査・キャンセル検査・特殊健診 海外赴任・年齢対象外・年度内二度目等を ご記入ください</small>
	氏名	フリガナ											
1	男	本人	男	本人	昭和 年 月 日	ドック			希望する	自己採取	希望する	希望する	
	女	配偶者							平成	希望しない	医師採取		
2	男	本人	男	本人	昭和 年 月 日	ドック			希望する	自己採取	希望する	希望する	
	女	配偶者							平成	希望しない	医師採取		
3	男	本人	男	本人	昭和 年 月 日	ドック			希望する	自己採取	希望する	希望する	
	女	配偶者							平成	希望しない	医師採取		
4	男	本人	男	本人	昭和 年 月 日	ドック			希望する	自己採取	希望する	希望する	
	女	配偶者							平成	希望しない	医師採取		
5	男	本人	男	本人	昭和 年 月 日	ドック			希望する	自己採取	希望する	希望する	
	女	配偶者							平成	希望しない	医師採取		
6	男	本人	男	本人	昭和 年 月 日	ドック			希望する	自己採取	希望する	希望する	
	女	配偶者							平成	希望しない	医師採取		
7	男	本人	男	本人	昭和 年 月 日	ドック			希望する	自己採取	希望する	希望する	
	女	配偶者							平成	希望しない	医師採取		
8	男	本人	男	本人	昭和 年 月 日	ドック			希望する	自己採取	希望する	希望する	
	女	配偶者							平成	希望しない	医師採取		

※申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がある際はご連絡ください。

記入日： 年 月 日

所在地 (※3)	〒
事業所名称	
担当者名	
担当者TEL	
担当者FAX	

※1 指示時のみ胃部内視鏡検査を同日予約できない際の対応を
下記A~Dより選択して●をしてください。(●が無い場合はAで対応します)

- A:希望月の中で胃部内視鏡検査のみ後日検査(2日間来院いただきます)
- B:希望月を挟んで前後2か月で健診と胃部内視鏡検査同日
- C:胃部X線検査(バリウム)
- D:胃の検査なし

申込み後に胃部内視鏡検査をキャンセルする際は、早めにご連絡ください。
日程変更をしていただく場合がございます。

胃部内視鏡検査の実施日、レディースデーは東プラ健診クリニック実施要領の
“2021年度 営業カレンダー”をご確認ください。
実施要領は東日本プラスチック健康保険組合ホームページ内の
東プラ健診クリニックサイトからご覧いただけます。

※2 血液面談とは、希望制で、診察とは別に当日午後に医師より
血液検査の一部結果を直接お聞きいただけるものです。

- ・希望の方→9:00までの予約時間でお取りします。(2021年度より変更)
※当日9:00を過ぎてのご来院は血液面談対象外です。
- ・希望なしの方→9:45、10:30のご予約時間になる可能性があります。
結果は後日結果報告書にてご確認ください。

ご希望の○がない場合は“希望なし”で承ります。

※3 所在地について
ご記入いただいた住所宛に事前案内、請求書をお送りいたします。
住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

【注意事項】 記入前に必ずお読みください。

支払方法は「2021年度 利用料金確認書」をご提出ください。(年度内一度の提出で結構です)

■人間ドックは年度末年齢(2022年3月31日時点)35歳以上の方が対象です。

対象者:昭和21年4月2日～昭和62年3月31日 生まれの方

上記対象外の方(年齢対象外など)が受診された場合、一部負担金が異なりますのでご注意ください。

2021年4月以降、健保補助を使用した巡回健診、他の医療機関や当院での健康診断を受診した方は補助が出ませんのでご注意ください。

健診日に資格喪失している方(東日本プラスチック健康保険組合の保険証をお持ちでない方)は当クリニックではご受診いただけません。

■レディースデーは火曜日・指定の金曜日です。実施日は東プラ健診クリニック実施要領の“2021年度 営業カレンダー”をご確認ください。

レディースデー以外の受診日は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承ください。

■35歳以上の方は、乳房超音波、子宮頸部細胞診(医師採取または自己採取)は健保補助対象になりますので、自己負担なしで受診いただけます。

年齢対象外(=35歳未満の方)の乳房超音波・子宮頸部細胞診は別途料金が発生します。

■子宮頸部細胞診(医師採取)はレディースデーのみとなりますので、ご注意ください。

子宮頸部細胞診(自己採取)と乳房超音波はレディースデー以外の日も実施しています。※乳房超音波は完全予約制です。

■下記について、備考欄にご記入ください。

- ・追加オプション検査 ・キャンセル検査項目
- ・特殊健診項目 ・支払方法が異なる海外赴任者等 ・年齢対象外(=35歳未満の方)
- ・年度内二度目受診(健保補助の対象外時)
- ・夫婦同日の受診希望 ・レディースデー以外の日でOK
- ・旧姓(前年度の受診時より苗字等に変更がある場合)
- ・事前案内の送付先が所在地に記入の住所と異なる場合の送付先住所

■申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がある際はご連絡ください。

■ご予約の変更・キャンセルは極力早め(受診日の2週間前までを目安)にお電話ください。

予約日に来院できず日程調整中の方は一旦キャンセルをしてください。

後日、電話にて以前のご予約日時をお伝えいただくとスムーズに日程変更が可能です。申込書を提出済の方は再送不要です。



東プラ健診クリニック専用
【生活習慣病予防健診専用】申込書

◆電話予約後 ⇒ FAX、郵送または持参 ※クリニックよりお問い合わせする場合がございますので、事業所控えを保管ください。

2021年度

〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階
医療法人社団進興会 東プラ健診クリニック 予約センター
Tel:03-5833-3475 Fax:03-5833-5641

健診-1

保険証番号	フリガナ		性別	続柄	生年月日(和暦)	コース	希望月 記入欄 <small>※当院指示時のみ、 ご記入ください</small>	決定日時 <small>※電話予約後、ご記入ください</small>	乳房 超音波 <small>女性のみいずれかに ○をしてください</small>	子宮頸部 細胞診 <small>女性のみいずれかに ○をしてください</small>	備考欄 <small>※オプション検査・キャンセル検査・特殊健診 海外赴任・年齢対象外・年度内二度目等 ご記入ください</small>
	氏名	フリガナ									
1	男	本人	女	本人	昭和 平成	年 月 日	生活			希望する	自己採取
	女	配偶者		家族						希望しない	医師採取
2	男	本人	女	本人	昭和 平成	年 月 日	生活			希望する	自己採取
	女	配偶者		家族						希望しない	医師採取
3	男	本人	女	本人	昭和 平成	年 月 日	生活			希望する	自己採取
	女	配偶者		家族						希望しない	医師採取
4	男	本人	女	本人	昭和 平成	年 月 日	生活			希望する	自己採取
	女	配偶者		家族						希望しない	医師採取
5	男	本人	女	本人	昭和 平成	年 月 日	生活			希望する	自己採取
	女	配偶者		家族						希望しない	医師採取
6	男	本人	女	本人	昭和 平成	年 月 日	生活			希望する	自己採取
	女	配偶者		家族						希望しない	医師採取
7	男	本人	女	本人	昭和 平成	年 月 日	生活			希望する	自己採取
	女	配偶者		家族						希望しない	医師採取
8	男	本人	女	本人	昭和 平成	年 月 日	生活			希望する	自己採取
	女	配偶者		家族						希望しない	医師採取

※申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がある際はご連絡ください。

記入日： 年 月 日

所在地 (※1)	〒
事業所名称	
担当者名	
担当者TEL	
担当者FAX	

※1 所在地について

ご記入いただいた住所宛に事前案内、請求書をお送りいたします。
住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

レディースデーは東プラ健診クリニック実施要領の
“2021年度 営業カレンダー”をご確認ください。
実施要領は東日本プラスチック健康保険組合ホームページ内の
東プラ健診クリニックサイトからご覧いただけます。

【注意事項】 記入前に必ずお読みください。

支払方法は「2021年度 利用料金確認書」をご提出ください。(年度内一度の提出で結構です)

- 生活習慣病予防健診は年度末年齢(2022年3月31日時点)35歳以上の方が対象です。
対象者:昭和21年4月2日～昭和62年3月31日 生まれの方
上記対象外の方(年齢対象外など)が受診された場合、一部負担金が異なりますのでご注意ください。
2021年4月以降、健保補助を使用した巡回健診、他の医療機関や当院での健康診断を受診した方は補助が出ませんのでご注意ください。
健診日に資格喪失している方(東日本プラスチック健康保険組合の保険証をお持ちでない方)は当クリニックではご受診いただけません。
- レディースデーは火曜日・指定の金曜日です。実施日は東プラ健診クリニック実施要領の“2021年度 営業カレンダー”をご確認ください。
レディースデー以外の受診日は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承ください。
- 35歳以上の方は、乳房超音波、子宮頸部細胞診(医師採取または自己採取)は健保補助対象になりますので、自己負担なしで受診いただけます。
年齢対象外(=35歳未満の方)の乳房超音波・子宮頸部細胞診は別途料金が発生します。
- 子宮頸部細胞診(医師採取)はレディースデーのみとなりますので、ご注意ください。
子宮頸部細胞診(自己採取)と乳房超音波はレディースデー以外の日も実施しています。※乳房超音波は完全予約制です。
- 下記について、備考欄にご記入ください。
 - ・追加オプション検査 ・キャンセル検査項目
 - ・特殊健診項目 ・支払方法が異なる海外赴任者等 ・年齢対象外(=35歳未満の方)
 - ・年度内二度目受診(健保補助の対象外時)
 - ・夫婦同日の受診希望 ・レディースデー以外の日でOK
 - ・旧姓(前年度の受診時より苗字等に変更がある場合)
 - ・事前案内の送付先が所在地に記入の住所と異なる場合の送付先住所
- 申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がある際はご連絡ください。
- ご予約の変更・キャンセルは極力早め(受診日の2週間前までを目安)にお電話ください。
予約日に来院できず日程調整中の方は一旦キャンセルをしてください。
後日、電話にて以前のご予約日時をお伝えいただくとスムーズに日程変更が可能です。申込書を提出済の方は再送不要です。



〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階
医療法人社団進興会 東プラ健診クリニック 予約センター
Tel:03-5833-3475 Fax:03-5833-5641

健診-1

保険証記号

【健保補助対象者】
・年度末年齢35歳未満
・続柄が本人

保険証番号	フリガナ	性別	続柄	生年月日(和暦)	コース	希望月 記入欄 <small>※当院指示時のみ、 ご記入ください</small>	決定日時 <small>※電話予約後、ご記入ください</small>	定期健診 オプション <small>希望項目があれば ○をしてください (※1)</small>	乳房 超音波 <small>女性のみ希望の際 ○をしてください (※2)</small>	子宮頸部 細胞診 <small>女性のみ希望の際 ○をしてください (※2)</small>	備考欄 <small>※オプション検査・キャンセル検査・特殊健診 海外赴任・年齢対象外・年度内二度目等 ご記入ください</small>
	氏名										
1	男	本人	昭和 平成	年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取	
	女										
2	男	本人	昭和 平成	年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取	
	女										
3	男	本人	昭和 平成	年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取	
	女										
4	男	本人	昭和 平成	年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取	
	女										
5	男	本人	昭和 平成	年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取	
	女										
6	男	本人	昭和 平成	年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取	
	女										
7	男	本人	昭和 平成	年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取	
	女										
8	男	本人	昭和 平成	年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取	
	女										

※申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がある際はご連絡ください。

記入日： 年 月 日

所在地 (※3)	〒
事業所名称	
担当者名	
担当者TEL	
担当者FAX	

※1 定期健診オプションについて
健保補助はありません。別途料金がかかります。
希望がありましたら“○”をしてください。
なお、血液検査、心電図検査、聴力検査を希望しない方は、
簡易健診受診をお奨めします。

※2 乳房超音波、子宮頸部細胞診について
・乳房超音波・子宮頸部細胞診は別途料金がかかります。
・子宮頸部細胞診(医師採取)は火曜日のみです。
・子宮頸部細胞診(自己採取)と乳房超音波は火曜日以外も実施しています。
※乳房超音波は完全予約制です。

※3 所在地について
ご記入いただいた住所宛に、
事前案内、請求書をお送りいたします。
住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

【注意事項】 記入前に必ずお読みください。

支払方法は「2021年度 利用料金確認書」をご提出ください。(年度内一度の提出で結構です)

■ 定期健診は年度末年齢(2022年3月31日時点)35歳未満の方が対象です。

対象者:昭和62年4月1日以降 生まれの方

上記対象外の方(年齢対象外)が受診された場合、一部負担金が異なりますのでご注意ください。

2021年4月以降、健保補助を使用した巡回健診、他の医療機関や当院での健康診断を受診した方は補助が出ませんのでご注意ください。

健診日に資格喪失している方(東日本プラスチック健康保険組合の保険証をお持ちでない方)は当クリニックではご受診いただけません。

■ レディースデーは火曜日・指定の金曜日です。実施日は東プラ健診クリニック実施要領の“2021年度 営業カレンダー”をご確認ください。

レディースデー以外の受診日は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承ください。

■ 乳房超音波・子宮頸部細胞診検査は別途料金がかかります。

■ 子宮頸部細胞診(医師採取)は火曜日のみです。

子宮頸部細胞診(自己採取)と乳房超音波は火曜日以外の日も実施しています。※乳房超音波は完全予約制です。

■ 下記について、備考欄にご記入ください。

・追加オプション検査 ・キャンセル検査項目

・特殊健診項目 ・支払方法が異なる海外赴任者等 ・年齢対象外(=35歳以上の方)

・年度内二度目受診(健保補助の対象外時)

・夫婦同日の受診希望 ・レディースデー以外の日でOK

・旧姓(前年度の受診時より苗字等に変更がある場合)

・事前案内の送付先が所在地に記入の住所と異なる場合の送付先住所

■ 申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がある際はご連絡ください。

■ ご予約の変更・キャンセルは極力早め(受診日の2週間前までを目安)にお電話ください。

予約日に来院できず日程調整中の方は一旦キャンセルをしてください。

後日、電話にて以前のご予約日時をお伝えいただくとスムーズに日程変更が可能です。申込書を提出済の方は再送不要です。



東プラ健診クリニック専用
【簡易健診専用】申込書

◆電話予約後 ⇒ FAXまたは郵送 ※クリニックよりお問い合わせする場合がございますので、事業所控えを保管ください。

2021年度

〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階
医療法人社団進興会 東プラ健診クリニック 予約センター
Tel:03-5833-3475 Fax:03-5833-5641

健診-1

保険証記号

【健保補助対象者】
・年度末年齢35歳未満
・続柄が本人

保険証番号	フリガナ		性別	続柄	生年月日(和暦)	コース	希望月 記入欄 <small>※当院指示時のみ、 ご記入ください</small>	決定日時 <small>※電話予約後、ご記入ください</small>	簡易健診オプション <small>希望項目があれば ○をしてください (※1)</small>		乳房 超音波 <small>女性のみ希望の際 ○をしてください (※2)</small>	子宮頸部 細胞診 <small>女性のみ希望の際 ○をしてください (※2)</small>	備考欄 <small>※オプション検査・キャンセル検査・特殊健診 海外赴任・年齢対象外・年度内二度目等 ご記入ください</small>
	氏名								血液検査-1	心電図検査			
1	男	本人	昭和	簡易	年 月 日			血液検査-1	心電図検査	希望する	自己採取		
	女		平成					聴力検査	便潜血検査				医師採取
2	男	本人	昭和	簡易	年 月 日			血液検査-1	心電図検査	希望する	自己採取		
	女		平成					聴力検査	便潜血検査				医師採取
3	男	本人	昭和	簡易	年 月 日			血液検査-1	心電図検査	希望する	自己採取		
	女		平成					聴力検査	便潜血検査				医師採取
4	男	本人	昭和	簡易	年 月 日			血液検査-1	心電図検査	希望する	自己採取		
	女		平成					聴力検査	便潜血検査				医師採取
5	男	本人	昭和	簡易	年 月 日			血液検査-1	心電図検査	希望する	自己採取		
	女		平成					聴力検査	便潜血検査				医師採取
6	男	本人	昭和	簡易	年 月 日			血液検査-1	心電図検査	希望する	自己採取		
	女		平成					聴力検査	便潜血検査				医師採取
7	男	本人	昭和	簡易	年 月 日			血液検査-1	心電図検査	希望する	自己採取		
	女		平成					聴力検査	便潜血検査				医師採取
8	男	本人	昭和	簡易	年 月 日			血液検査-1	心電図検査	希望する	自己採取		
	女		平成					聴力検査	便潜血検査				医師採取

※申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がある際はご連絡ください。

記入日： 年 月 日

所在地 (※3)	〒
事業所名称	
担当者名	
担当者TEL	
担当者FAX	

※1 簡易健診オプションについて
健保補助はありません。別途料金がかかります。
希望がありましたら“○”をしてください。
なお、血液検査、心電図検査、聴力検査の3項目追加時は、
定期健診受診をお奨めします。

※2 乳房超音波、子宮頸部細胞診について
・乳房超音波・子宮頸部細胞診は別途料金がかかります。
・子宮頸部細胞診(医師採取)は火曜日のみです。
・子宮頸部細胞診(自己採取)と乳房超音波は火曜日以外も実施しています。
※乳房超音波は完全予約制です。

※3 所在地について
ご記入いただいた住所宛に、
事前案内、請求書をお送りいたします。
住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

【注意事項】 記入前に必ずお読みください。

支払方法は「2021年度 利用料金確認書」をご提出ください。(年度内一度の提出で結構です)

■簡易健診は年度末年齢(2022年3月31日時点)35歳未満の方が対象です。

対象者:昭和62年4月1日以降 生まれの方

上記対象外の方(年齢対象外)が受診された場合、一部負担金が異なりますのでご注意ください。

2021年4月以降、健保補助を使用した巡回健診、他の医療機関や当院での健康診断を受診した方は補助が出ませんのでご注意ください。

健診日に資格喪失している方(東日本プラスチック健康保険組合の保険証をお持ちでない方)は当クリニックではご受診いただけません。

■レディースデーは火曜日・指定の金曜日です。実施日は東プラ健診クリニック実施要領の“2021年度 営業カレンダー”をご確認ください。
レディースデー以外の受診日は、男性と同じ待合室をご利用頂きますのでご了承ください。

■乳房超音波・子宮頸部細胞診は別途料金がかかります。

■子宮頸部細胞診(医師採取)は火曜日のみです。

子宮頸部細胞診(自己採取)と乳房超音波は火曜日以外の日も実施しています。※乳房超音波は完全予約制です。

■下記について、備考欄にご記入ください。

・追加オプション検査 ・キャンセル検査項目

・特殊健診項目 ・支払方法が異なる海外赴任者等 ・年齢対象外(=35歳以上の方)

・年度内二度目受診(健保補助の対象外時)

・夫婦同日の受診希望 ・レディースデー以外の日でOK

・旧姓(前年度の受診時より苗字等に変更がある場合)

・事前案内の送付先が所在地に記入の住所と異なる場合の送付先住所

■申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がある際はご連絡ください。

■ご予約の変更・キャンセルは極力早め(受診日の2週間前までを目安)にお電話ください。

予約日に来院できず日程調整中の方は一旦キャンセルをしてください。

後日、電話にて以前のご予約日時をお伝えいただくとスムーズに日程変更が可能です。申込書を提出済の方は再送不要です。