

# SOWA ROYAL CLUB 入会申込書

ご記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	性別	生年 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	(満才)
		男・女						
ご住所	〒 _____ TEL ( _____ ) _____							
受診履歴	<input type="checkbox"/> 相模原総合健診センター <input type="checkbox"/> 横浜総合健診センター <input type="checkbox"/> みなとみらいメディカルスクエア <input type="checkbox"/> 初めて			健康 保険 証	組合名称			
	健康保険組合等からの健診補助の有無				記号( _____ )番号( _____ ) 保険者番号( _____ )			
				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

ご夫婦で ご入会	配偶者氏名	ふりがな	生年 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	(満才)
	履歴	<input type="checkbox"/> 過去利用あり <input type="checkbox"/> なし						
		<input type="checkbox"/> 配偶者と同じ <input type="checkbox"/> 配偶者と異なる(異なる場合は名称・番号等をご記入ください)						
		保険証 ( _____ )						

※ 入会と同時に人間ドックのご予約を希望される方のみご記入ください。

## 人間ドック予約申込書

お名前1								
お名前2								
※ 複数名様でのご予約で、受診希望日が異なる場合は、「お名前2」の方のご希望日及び、有料オプションの希望があれば検査名を通信欄にご記入ください。								
希望健診施設	<input type="checkbox"/> 相模原総合健診センター (年末年始・祝日を除く月～土曜日) <input type="checkbox"/> 横浜総合健診センター (年末年始・祝日を除く月～土曜日) <input type="checkbox"/> みなとみらいメディカルスクエア (年末年始・GWを除く月～土曜日)							
受診希望日								
第1希望			第2希望			第3希望		
月 日 ( )			月 日 ( )			月 日 ( )		
有料オプション検査 (事前のご予約が必要です)								
<input type="checkbox"/> 脳ドック(MRA・MRI) ※ 4月～5月は、33,000円 (税込) 1月～3月・6月～12月は、38,500円 (税込)となります。								
<input type="checkbox"/> 物忘れドック (単独受診不可。相模原総合健診センターのみ脳ドックの追加オプションとして実施) 相模原総合健診センターに直接お問い合わせ下さい。								
<input type="checkbox"/> 胸部CT検査(肺がん検査) 13,200円 (税込)								
<input type="checkbox"/> 子宮がん検査(内診・頸部細胞診) 4,400円 (税込)								
<input type="checkbox"/> 乳がん検査(乳房X線検査【マンモグラフィ】) 4,400円 (税込)								
<input type="checkbox"/> 乳がん検査(乳房超音波検査) 4,400円 (税込)								
<input type="checkbox"/> 乳がん検査(乳房X線検査【マンモグラフィ】・乳腺超音波検査) 7,700円 (税込)								
<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査差額 5,500円 (税込)								
(胃X線に代えて上部消化管内視鏡検査をお受け頂く事が可能です。)								
通信欄(上記以外のオプション検査のご希望などがありましたらお知らせください。)								

医療法人社団相和会 SOWA ROYAL CLUB事務局

FAX 045-624-9616