

# 婦人科健診申込書

A方式による生活習慣病予防健診を受診したので、下記のとおり申込みます。

※ コード	事業所名
※ 健診種別（区分）	担当者名
	電話番号

※印欄のご記入は不要です。

健診を実施する健診機関	
-------------	--

被保険者記号			
番号	氏名	検査の種類	備考（健診年月日等）
	昭和 平成      年    月    日生	1. 乳房診検査 a. マンモグラフィー b. 乳腺エコー 2. 子宮細胞診検査	
	昭和 平成      年    月    日生	1. 乳房診検査 a. マンモグラフィー b. 乳腺エコー 2. 子宮細胞診検査	
	昭和 平成      年    月    日生	1. 乳房診検査 a. マンモグラフィー b. 乳腺エコー 2. 子宮細胞診検査	
	昭和 平成      年    月    日生	1. 乳房診検査 a. マンモグラフィー b. 乳腺エコー 2. 子宮細胞診検査	
	昭和 平成      年    月    日生	1. 乳房診検査 a. マンモグラフィー b. 乳腺エコー 2. 子宮細胞診検査	

〔 お願い 〕

- 希望する検査の種類を○で囲んだうえ、1を希望の場合は、aまたはbを○で囲んでください。
- 所轄の本部又は支部あて、郵送またはFAXで申込みをしてください。

FAX 送付先	本            部    03-3238-1047	北海道・東北支部    022-299-5530
	中国・四国支部    082-242-2854	九州支部    092-714-7632

令和    年    月    日提出  
          
 受付日付印