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。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※ コード | | | |
|  |  |  |  |
| ※ 健診種別 （区分） | | | |
|  | | | |

※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） |
|  |  | | | 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 |  |
| 昭和  平成 | 年　　　月　　　日生 | |

〔 お願い 〕

1.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。

2.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。

受付日付印

令和　　年　　月　　日提出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

民間放送健康保険組合