

202 年度 健康診査申込書

※電話のみの申し込みはお受けできません。

申込日: 202 年 月 日

受診希望の14日前までにお申し込みください。

* 健診の「受診券」は保険証の下部についております。

* オプション検診には定員がありますので、事前のご予約が必要です。

大森中診療所 健診センター

FAX 03-3762-8427

TEL 03-3762-8439

| 健診希望日 | フリガナ 氏名 | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 電話番号 | 住所 | 国保番号 (保険証参照) | 組合員本人 (○印を) | 特定健康診査 受診整理券番号 | オプション検診(有料) 希望検査に○を |
|--------|------------|-----|----------------|----|------|-----|--|----------------|---------------------------------|--|
| 月 日() | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | 歳 | () | 〒 ー | 91-15の次の5ケ タの番号記入 土建国保未加入 者は税込¥9720 の実費が必要 | | 受診券に記載されて いる11ケタの整理番 号を記入 | 1 大腸がん(40才未満) 2 眼底検査 3 胃がん(バリウム) 4 胃がん(胃カメラ) 5 前立腺がん 6 乳がん(マンモグラフィ) 7 乳がん(乳腺エコー) 8 子宮がん 9 腹部エコー 10 骨密度 11 有機溶剤 12 インフルエンザ |
| 月 日() | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | 歳 | () | 〒 ー | 91-15の次の5ケ タの番号記入 土建国保未加入 者は税込¥9720 の実費が必要 | | 受診券に記載されて いる11ケタの整理番 号を記入 | 1 大腸がん(40才未満) 2 眼底検査 3 胃がん(バリウム) 4 胃がん(胃カメラ) 5 前立腺がん 6 乳がん(マンモグラフィ) 7 乳がん(乳腺エコー) 8 子宮がん 9 腹部エコー 10 骨密度 11 有機溶剤 12 インフルエンザ |
| 月 日() | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | 歳 | () | 〒 ー | 91-15の次の5ケ タの番号記入 土建国保未加入 者は税込¥9720 の実費が必要 | | 受診券に記載されて いる11ケタの整理番 号を記入 | 1 大腸がん(40才未満) 2 眼底検査 3 胃がん(バリウム) 4 胃がん(胃カメラ) 5 前立腺がん 6 乳がん(マンモグラフィ) 7 乳がん(乳腺エコー) 8 子宮がん 9 腹部エコー 10 骨密度 11 有機溶剤 12 インフルエンザ |

東京土建大田支部