

**【注】一部負担金の納付先は健診実施医療機関です**

春季婦人生活習慣病健診申込書			
組合名	東京文具販売健康保険組合		コード 13-387
保険証記号番号	記号	番号	
被保険者	勤務事業所名		
	氏名		
受診者	フリガナ		続柄
	氏名	(姓)	(名)
	生年月日	昭和 年 月 日生	
	住所	〒 ー	
	電話番号	( )	
希望健診会場	会場コード	会場名	
子宮検査希望の有無 ※必ず1つ〇をつけて下さい	1. 自己採取法で希望 (実施会場に〇印がついている 会場のみで実施できます)	2. 医師採取法で希望	3. 希望しない
乳房検査方法希望	1. 超音波 2. マンモグラフィー (実施会場に〇印がついている 会場のみで実施できます)		

※健診当日までに、当組合の資格を喪失または削除された方は受診できません。

※本枠の中をもれなくご記入下さい。令和6年1月31日(水)まで必着のこと。

※医師採取法は近隣の婦人科医院か会場(検診車)で行うため、健康診断と同日に受診できない場合があります。

※一部負担金の納付方法は会場ごとに異なりますので『実施会場一覧表』でご確認ください。

※事業所ごとにとりまとめたお支払いは、出来ません。個人(受診者単位)の取扱いになりますのでご注意ください。

**個人情報の取り扱いについて**

ご記入いただいた住所・氏名等の個人情報は、健診案内資料等の送付・申込内容の確認・医療機関への連絡以外の目的で使用することはありません。なお健診の結果は、健康保険組合で入手・分析して事後指導や医療費適正化対策等に活用します。

Fax 03-3851-6206