

【注】一部負担金の納付先は健診実施医療機関です

| 春季女性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 |
| 被保険者等 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) 1. 本人 2. 家族 |
| | 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○を つけて下さい | 1. 自己採取法で希望 (実施会場に○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○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8年1月30日(金)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