

健康診断申込用紙

当会記入欄

* 申し込み内容については、健康診断以外の目的で使用することは一切ありません。*

■ [必要事項] (もれなく左詰でご記入ください)

* フリガナ・氏名は姓と名の間を1マスあけてください。フリガナについては濁点「・」、半濁点「゜」も1文字としてご記入下さい。

健康保険組合の名称		西日本パッケージング健康保険組合										H29年		215・11570					
保険証の記号・番号		記号				番号				被保険者からみた続柄									
受診者	フリガナ	フリガナ																<input type="checkbox"/> 2 配偶者	
	氏名	氏名																<input type="checkbox"/> 3 配偶者以外の家族	
	生年月日	昭和	年		月		日		年齢	性別		<input checked="" type="checkbox"/> 女							
	住所	郵便番号	郵便番号				都道府県												
	市郡区町名	市郡区町名																	
	番地	番地																	
	マンション名など	マンション名など																	
連絡先	電話	電話																	
	FAX	FAX																	
被保険者	勤務事業所名	勤務事業所名																	
	氏名	氏名																	

■ ご希望される健診地区を選んでください。

<input type="checkbox"/> 近畿地区	<input type="checkbox"/> 北海道、東北、関東・山梨、北陸・信越、東海、中国・四国、九州・沖縄地区
-------------------------------	--

■ 希望会場 (「健康診断会場一覧」をご覧ください。会場コード・会場名・希望日を必ずご記入ください。)

※会場コード 201、401をご希望の方は会場コード・会場名のみ記入し、希望日は空白で提出してください。後日ご希望日を予約させていただきます。

	実施会場コード	会場名	希望日
第一希望			月 日
第二希望			月 日
第三希望			月 日

■ 選択検査項目 (ご希望の検査の □ にレ印をつけてください。)

乳房検査			コード	子宮検査			コード
<input type="checkbox"/>	乳房検査(超音波検査法) ※1	重複不可	301	<input type="checkbox"/>	子宮検査(医師採取法) ※2	402	
<input type="checkbox"/>	乳房検査(マンモグラフィ1方向) ※1		302	<input type="checkbox"/>	受診しない ※2	499	
<input type="checkbox"/>	いずれも受診しない ※1		399				

※1 超音波検査法とマンモグラフィ法のいずれかを選択してください。重複受診はできません。希望しない方は「いずれも受診しない」にチェックして下さい。

※2 子宮検査を希望しない方は「受診しない」にチェックして下さい。

いずれにもご選択がない場合は、受診しないものとして受付させていただきます。

※ 乳房検査(マンモグラフィ法)は実施していない会場がございます。「健康診断会場一覧」にて実施の可否をご確認ください。