

平成 29 年度 <秋季> 婦人生活習慣病予防健診申込書

●漏れなくご記入をお願いいたします。

組 合 名		西日本パッケージング健康保険組合		コード 27-201
被 保 険 者 証		記号	番号	
被 保 険 者	事 業 所 名			
	氏 名			
受 診 者	フリガナ			続 柄
	氏 名	姓	名	2. 家族
	生 年 月 日	5. 昭和	年 月 日	歳
	住 所	〒 [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] []		
	電 話 番 号	() () () () () () () () () ()		
受診コース		1. C1		
希望健診会場		会場コード	[] [] [] []	会場名
日時は未定です。決定健診機関より、受診日の3週間前くらいに決定会場と日時を案内します。 都合が悪い場合は変更可能です。				
◎子宮検査希望の有無（下記に必ず1つ「○」を付けてください）				
1. 自己採取法 （実施会場の自己採取に「○」の会場のみ）		2. 医師採取法		3. 希望しない

平成29年7月14日（金）当健康保険組合に必着のこと

F A Xでお申し込みの場合：FAX 番号 06-6944-0514

郵送でお申し込みの場合：〒540-0003

大阪府中央区森ノ宮中央 1-16-16

西日本パッケージング健康保険組合 宛

電話番号 06-6941-4635

切
り
取
り
線