

平成30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	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	電 話 番 号	()			
受診コース		1. C1			
希望健診会場		会場コード	<input type="text"/>	会場名	<input type="text"/>
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30年7月13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

大阪市中央区森ノ宮中央 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