令和４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。

★「○」を付けてください

子宮検査 方法希望	１．自己採取法 実施会場一覧表の「○」の会場のみ	２．医師採取法 近隣の婦人科医院と提携で実施のため健診日と同日でない場合あり	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 実施会場一覧表の「○」の会場のみ	

令和４年７月１９日（火）当健康保険組合に必着のこと

ＦＡＸ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

切り取り線