

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。

※インターネットからお申し込みいただいた方は、この申込用紙の送付は不要です。

※保険証枝番のご記入は不要です。

【必要事項(もれなくご記入ください)】

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				R5年	215・11570	
保険証の記号・番号		記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>
受診者	フリガナ							被保険者からみた続柄 <input type="checkbox"/> 2 配偶者 <input type="checkbox"/> 3 配偶者以外の家族
	氏名 (保険証の記載氏名)							
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	年齢	歳	性別
	住所	郵便番号	—			都道府県		
	市区郡町名							
	番地 マンション名など							
連絡先	電話	—			—		<input checked="" type="checkbox"/> 女性	
	日中連絡先	—			—			
被保険者	勤務事業所名							
	氏名							

■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・239・280・401・480 をご希望の方は、会場コードと会場名のみ記入し、希望日は空白で提出してください。

後日、ご自身で健診日を予約していただきます。

	実施会場コード	会場名	希望日
第一希望	<input type="text"/>		月 日
第二希望	<input type="text"/>		月 日
第三希望	<input type="text"/>		月 日

■オプション検査項目(ご希望の検査の□に✓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	3 0 1	<input type="checkbox"/>	子宮検査(頸部細胞診) ※2	4 0 2
<input type="checkbox"/>	乳房検査(マンモグラフィ法) ※1		<input type="checkbox"/>	受診しない ※2	
<input type="checkbox"/>	いずれも受診しない ※1	3 9 9			

※ 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」にチェックしてください。

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。

※ 2 子宮検査を希望しない方は「受診しない」にチェックしてください。

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。