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。

※保険証等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				R7年	215・11570					
保険証等の記号・番号		記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	被保険者から みた続柄
受 診 者	フリガナ											☐ 2 配偶者
	氏名 (保険証等の記載氏名)											☐ 3 配偶者以外 の家族
	生年月日	☐ 昭和	☐ 平成	年	月	日	年齢	歳	※ R8年(来年)3月31日時点の 年齢をご記入ください		性別	☒ 女性
	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	—										
	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・420・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
☐	乳房検査(超音波検査法) ※1	3 0 1	☐	子宮検査(頸部細胞診) ※2	4 0 2
☐	乳房検査(マンモグラフィ法) ※1		3 0 2	☐	受診しない ※2
☐	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。