

令和7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 7. 平成 年 月 日生			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。					
★「O」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 「O」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「O」の会場のみ	

令和7年7月15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