申込書Ⅰ

令和6年度秋季被扶養者健診申込書

申込日　　年　　月　　日

キリトリ線

組合名		管工業健康保険組合			コード 13−327
保険証記号番号		記号		番号	
被保険者	勤務事業所名				
	氏名				
受診者	フリガナ			性別	続柄
	氏名			1. 男 2. 女	2. 家族
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年　月　日生		
	住所	〒　TEL			
	日中の連絡先	TEL　(　)			
健診コースコード ご希望のコースに○を付けてください		婦人健診(C1)　・　特定健診(E)			
希望健診会場 (4〜9ページよりお選びください)	会場コード				※会場コードと会場は毎年変更になります。必ず確認の上、ご記入ください。
	会場名				

婦人健診(C1)の方は下記どちらかに必ず○を付けてください。

子宮頸がん健診	2. 希望する(医師採取法)　3. 希望しない
乳房健診	1. 超音波　2. マンモグラフィ

※子宮頸がん健診は希望する・希望しないどちらか一方に必ず○を付けてください。
※乳房健診は、4〜9ページの一覧表の「マンモ」欄で○印がついている会場を希望する場合は、どちらか一方に○を付けてください。**(○の付いていない会場はすべて超音波検査になりますので、「1.超音波」に○を付けてください。)**

◎令和6年7月16日(火)まで必着のこと。

記入もれのないように再度ご確認ください。

管工業健康保険組合
健康管理センター
TEL.03-3291-4535

〒101−8325　東京都千代田区神田駿河台2−1
FAX 03-3291-4435 ☆送信面を確認してください☆

※この申込書で5東振協健診の申込みはできません。