

平成31年度 春季  
**婦人生活習慣病予防健診申込書**

東京貨物運送健康保険組合

**FAX 03-3355-3018**

※ 健保コード  
 13-400

|       |     |      |  |
|-------|-----|------|--|
| 事業所名  |     |      |  |
| 住所    | 〒 - |      |  |
| 保険証記号 |     | 電話番号 |  |
| 申込担当者 |     |      |  |

| 保険証番号 | フリガナ |   | 生年月日        | 続柄             | 住所(郵便番号) | (市外局番から記入)<br>電話番号 | 会場<br>コード | 会場名 | 乳房検査                    | ※子宮(頸部)<br>検査              |
|-------|------|---|-------------|----------------|----------|--------------------|-----------|-----|-------------------------|----------------------------|
|       | 氏    | 名 |             |                |          |                    |           |     |                         |                            |
| ①     |      |   | 昭和<br>年 月 日 | 1. 本人<br>2. 家族 | 〒        |                    |           |     | 1 超音波<br>2 マンモ<br>グラフィー | 1 自己採取<br>2 医師採取<br>3 受けない |
| ②     |      |   | 昭和<br>年 月 日 | 1. 本人<br>2. 家族 | 〒        |                    |           |     | 1 超音波<br>2 マンモ<br>グラフィー | 1 自己採取<br>2 医師採取<br>3 受けない |
| ③     |      |   | 昭和<br>年 月 日 | 1. 本人<br>2. 家族 | 〒        |                    |           |     | 1 超音波<br>2 マンモ<br>グラフィー | 1 自己採取<br>2 医師採取<br>3 受けない |
| ④     |      |   | 昭和<br>年 月 日 | 1. 本人<br>2. 家族 | 〒        |                    |           |     | 1 超音波<br>2 マンモ<br>グラフィー | 1 自己採取<br>2 医師採取<br>3 受けない |
| ⑤     |      |   | 昭和<br>年 月 日 | 1. 本人<br>2. 家族 | 〒        |                    |           |     | 1 超音波<br>2 マンモ<br>グラフィー | 1 自己採取<br>2 医師採取<br>3 受けない |
| ⑥     |      |   | 昭和<br>年 月 日 | 1. 本人<br>2. 家族 | 〒        |                    |           |     | 1 超音波<br>2 マンモ<br>グラフィー | 1 自己採取<br>2 医師採取<br>3 受けない |
| ⑦     |      |   | 昭和<br>年 月 日 | 1. 本人<br>2. 家族 | 〒        |                    |           |     | 1 超音波<br>2 マンモ<br>グラフィー | 1 自己採取<br>2 医師採取<br>3 受けない |
| ⑧     |      |   | 昭和<br>年 月 日 | 1. 本人<br>2. 家族 | 〒        |                    |           |     | 1 超音波<br>2 マンモ<br>グラフィー | 1 自己採取<br>2 医師採取<br>3 受けない |

1. 申込締め切りは**1月10日**(厳守)  
 2. 氏名には必ずフリガナを付けてください。  
 3. 住所は、郵便番号、アパート・マンション名、○○  
 棟室番号等も詳細にご記入下さい。
4. 健診日までに資格喪失、または扶養削除された方は受診できません。  
 (資格なき受診者には後日実費全額を請求させていただきます。)
5. 乳房健診は超音波かマンモグラフィーをお選びください。  
 (マンモグラフィーは別紙予定会場一覧表に○印が付いている会場のみです)
6. 子宮(頸部)検査欄の(自己採取)を希望する方は、別紙予定会場一覧表に○印が付いている会場のみ  
 実施できます。また、(医師採取)は近隣の婦人科医院又は会場(検診車等)で行うため、健康診断と  
 同日に受診できない場合がございますのでご了承下さい。 **※必ずいずれかに○をしてください。**

ここに記載された個人情報に関しては健康管理事業以外には一切使用しません。

**注：受診は35才以上の方に限らせていただきます。**