令和８年度　春季

女性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 氏	フリガナ 名	生年月日	続　柄	住所（郵便番号）	（お持ちで無い方は自宅可）携帯電話番号	会場コード	会　場　名	乳房検査 ※未記入は超音波となります	※子宮（頸部）検　査
			昭和・平成 年　月　日	1．本人 2．家族	〒				1　超音波 2　マンモ グラフィ	1　自己採取 2　医師採取 3　受けない
			昭和・平成 年　月　日	1．本人 2．家族	〒				1　超音波 2　マンモ グラフィ	1　自己採取 2　医師採取 3　受けない
			昭和・平成 年　月　日	1．本人 2．家族	〒				1　超音波 2　マンモ グラフィ	1　自己採取 2　医師採取 3　受けない
			昭和・平成 年　月　日	1．本人 2．家族	〒				1　超音波 2　マンモ グラフィ	1　自己採取 2　医師採取 3　受けない
			昭和・平成 年　月　日	1．本人 2．家族	〒				1　超音波 2　マンモ グラフィ	1　自己採取 2　医師採取 3　受けない
			昭和・平成 年　月　日	1．本人 2．家族	〒				1　超音波 2　マンモ グラフィ	1　自己採取 2　医師採取 3　受けない
			昭和・平成 年　月　日	1．本人 2．家族	〒				1　超音波 2　マンモ グラフィ	1　自己採取 2　医師採取 3　受けない
			昭和・平成 年　月　日	1．本人 2．家族	〒				1　超音波 2　マンモ グラフィ	1　自己採取 2　医師採取 3　受けない
			昭和・平成 年　月　日	1．本人 2．家族	〒				1　超音波 2　マンモ グラフィ	1　自己採取 2　医師採取 3　受けない

※　申込にあたりの注意事項

申込締切　令和 8年 1月 9日（厳守）

年度年齢で35歳以上の方が対象です。

健診日に資格がない方は受診できません。受診された場合には後日実費全額を請求させていただきます。

※　ご記入にあたりの注意事項

【乳 房 検 査】：ご希望されない場合は 1.超音波 にチェックし受診当日に医療機関に受診されない旨をお伝えください。

【子 宮 検 査】：(医師採取)は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ください。

【会場コード】：会場コードで処理いたしますので、記入間違えにはご注意ください。

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。