

令和 8 年度 秋季

女性生活習慣病予防健診申込書

【個人申請用】

13-400

東京貨物運送健康保険組合 (申し込み締切 令和8年7月 10日)

保険証記号番号	記号		番号		『女性生活習慣病予防健診のご案内』に記載の受診資格及び注意事項等をご確認のうえお申込みください。
フリガナ					
氏名					
続柄	本人 ・ 家族		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
住所 <small>(アパート・マンション名 棟室番号まで記入)</small>	〒 —				
携帯電話番号	—			※健康保険組合からの連絡時に使用する場合があります。 携帯電話をお持ちでない方は自宅でも可です。市外局番からご記入ください。	
乳房検査 (いずれかに○) ※未記入の場合は超音波となります	1 超音波		2 マンモグラフィー		
子宮(頸部)検査 (いずれかに○)	1 自己採取法		2 医師採取法		3 希望しない
会場コード			会場名		

1. 受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)
 2. 氏名には必ずフリガナをつけてください
 3. 住所は、郵便番号、アパート・マンション名、〇〇方、棟室番号等も必ず詳細にご記入ください
 4. 乳房検査を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。
 5. マンモグラフィーの受診は、別紙予定会場一覧表のマンモグラフィーの欄に○印が付いている会場のみになります。
 6. 子宮(頸部)検査欄の「1.自己採取法」を希望され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
 7. 「2.医師採取法」は近隣の婦人科医院または会場(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ありますので予めご了承ください。
 8. 申込はFAXのみの受付となります下記番号へFAX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いたしません

送信先 FAX 03-3355-3018