

令和 8 年度 秋季
女性生活習慣病予防健診申込書

健保コード
13-400

東京貨物運送健康保険組合

FAX 03-3355-3018

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)	(お持ちでない方は自宅可) 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せ	子宮(頸部)検査
	氏名									
			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

※ 申込にあたり注意事項

申込締切 令和 8 年 7 月 10 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。