

婦 人 健 診

大阪府木材健康保険組合 行

FAX : 06-6541-1468

35歳（平成2年生れ）以上の
被保険者（本人）・扶養家族

健診申込書

◎ 記入された健診申込書を当組合宛にFAXでお送りください。
郵送される場合は、コピーをお取りいただき、ご自分の控えとして健診当日まで大切にお持ち下さい。

※ 健診日当日、資格を喪失されている方は受診できません。

事業所記号 【 】
(保険証記号)

事業所所在地 _____

事業所名称 _____

電話番号 () - _____

けんぽ受付印

① 保険証 記号 - 番号	-	② 被保険者氏名			
フリガナ		④ 性別	⑤ 続柄		
③ 受診者氏名		女	本人 ・ 妻		
⑥ 生年月日	昭和 平成	年	月	日	⑦ 年齢 歳
⑧ 現住所 (健診案内等送付先)	〒 -				
⑨ (平日昼間) 連絡先	() -				
⑩ 健診機関 No. 健診機関名称	No.				
⑪ 受診予定日	予約が取りにくい状況が続いています。大阪府木材健康保険組合の婦人健診希望と医療機関に伝えて、先に仮予約してください。仮予約後、この申込用紙は必ず健保にFAX等ください。				
	年 月 日 時～				
⑫ 各検診、ご希望を選んで○ してください	胃バリウム検査	① 希望	② 希望しない		
	子宮がん検査	① 希望	② 希望しない		
	乳がん検査	①マンモグラフィー ②乳エコー ③希望しない			
⑬ 備考					