

※被扶養者（妻）の方は自己負担額 3,240 円を受検後お支払いいただきますので、予めご承知おき下さい。

申込み締切
30年1月9日（火）
FAX不可

コード		税務会計監査事務所健康保険組合	平成 30 年度 婦人生活習慣病予防健診申込書	事業所名	
13-670				所在地	
				T E L	

保 険 証		フリガナ		続 柄	生年月日	郵便番号	住 所	電話番号	子宮(頸部)検査	会場コード	会場名
記号	番号	氏	名								
				1本人 2家族	昭5 .	-		() -	1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない		
				1本人 2家族	昭5 .	-		() -	1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない		
				1本人 2家族	昭5 .	-		() -	1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない		
				1本人 2家族	昭5 .	-		() -	1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない		
				1本人 2家族	昭5 .	-		() -	1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない		

※子宮(頸部)検査欄は健保だよりの実施会場一覧表を参考にいずれかを○で囲んでください。

※医師採取法は近隣の婦人科医院か会場(検診車)で行うため、健康診断と当日に受診できない場合がございますので予めご了承下さい。

※受検日に当組合の資格がない場合には、受検出来ませんので予めご承知おきください。

※健診事業遂行のために以下のことを行います。
①東振協及び実施医療機関への申込者の情報提供
②東振協及び実施医療機関から受検者の健診データの収集