

# 健康診断申込用紙

当会記入欄

\* インターネットからお申し込みいただいた方は、この用紙の送付は不要です。  
\* 申し込み内容については、健康診断以外の目的で使用することは一切ありません。\*

## ■ [必要事項] (もれなく左詰でご記入ください)

\* フリガナ・氏名は姓と名の間を1マスあけてください。フリガナについては濁点「・」、半濁点「°」も1文字としてご記入下さい。

健康保険組合の名称		西日本パッケージング健康保険組合						R2年	215・11570					
保険証の記号・番号		記号		番号		被保険者からみた続柄								
受診者	フリガナ											<input type="checkbox"/> 2 配偶者		
	氏名											<input type="checkbox"/> 3 配偶者以外の家族		
	生年月日	昭和		年		月		日	年齢		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 女		
	住所	郵便番号					-					都道府県		
		市郡区町名												
		番地												
連絡先	マンション名など													
	電話					-					-			
	日中連絡先					-					-			
被保険者	勤務事業所名													
	氏名													

## ■ ご希望される健診地区を選んでください。

<input type="checkbox"/> 近畿地区	<input type="checkbox"/> 北海道、東北、関東・山梨、北陸・信越、東海、中国・四国、九州・沖縄地区
-------------------------------	--

## ■ 希望会場(「健康診断会場一覧」をご覧ください。会場コード・会場名・希望日を必ずご記入ください。)

※ 会場コード 201、401、480をご希望の方は会場コード・会場名のみ記入し、希望日は空白で提出してください。  
後日ご希望日を予約していただきます。

	実施会場コード	会場名	希望日
第一希望			月 日
第二希望			月 日
第三希望			月 日

## ■ 選択検査項目(ご希望の検査の □ にレ印をつけてください。)

乳房検査		コード	子宮検査		コード
<input type="checkbox"/>	乳房検査(超音波検査法) ※1	301	<input type="checkbox"/>	子宮検査(医師採取法) ※2	402
<input type="checkbox"/>	乳房検査(マンモグラフィ1方向) ※1		<input type="checkbox"/>	受診しない ※2	499
<input type="checkbox"/>	いずれも受診しない ※1	399			

※1 超音波検査法とマンモグラフィ法のいずれかを選択してください。重複受診はできません。希望しない方は「いずれも受診しない」にチェックして下さい。

※2 子宮検査を希望しない方は「受診しない」にチェックして下さい。

いずれにもご選択がない場合は、受診しないものとして受付させていただきます。

※ 乳房検査(マンモグラフィ法)は実施していない会場がございます。「健康診断会場一覧」にて実施の可否をご確認ください。