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	R3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				□ 2 配偶者
	氏名				□ 3 配偶者以外の家族
	生年月日	昭和 年 月 日	年齢	性別	☑ 女
	住所	郵便番号 －	都道府県		
	市郡区町名				
	番地				
	マンション名など				
	連絡先	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。

□ 近畿地区　　□ 近畿地区以外

■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

■オプション検査項目（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
□	乳房検査(超音波検査法) ※1	重複不可	301	□	子宮検査（医師採取法） ※2		402
□	乳房検査(マンモグラフィ1方向) ※1		302	□	受診しない ※2		499
□	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。

237

一般財団法人 京都工場保健会