

本件下記により医療機関に申し込んでよろしいか。					備 考
常務理事	事務長	課長	係長	担当者	

健保連と当健康保険組合が契約している健診機関専用の申込用紙です。

東振協の健診機関で受診の場合は、「様式③-2」をご使用ください。

★35歳以上（誕生日が平成3年3月31日以前の方が対象となります）

健診機関名		健診機関・電話番号							
工場・営業所名		健診方法		施設					
本人	名	家族	名	合計	名	総合計	名	ページ数	/

健診日	被保険者等 記号一番号 ◎番号順にご記入願います。	フリガナ 受診者氏名	続柄	年齢 8.3.31時点	性別	※子宮がん・乳がん 検診	備考 (記入不要)
1	/	—				子宮 乳	
2	/	—				子宮 乳	
3	/	—				子宮 乳	
4	/	—				子宮 乳	
5	/	—				子宮 乳	
6	/	—				子宮 乳	
7	/	—				子宮 乳	
8	/	—				子宮 乳	
9	/	—				子宮 乳	
10	/	—				子宮 乳	
11	/	—				子宮 乳	
12	/	—				子宮 乳	
13	/	—				子宮 乳	
14	/	—				子宮 乳	
15	/	—				子宮 乳	

※ 施設での健診で、「子宮がん検診、乳がん検診」を受診される場合は「○」で囲んでください。

上記のとおり、健保連 人間ドックの受診を申込みます。

受付印

年 月 日 丁

事業所所在地
事業名称
事業主氏名

西日本パッケージング健康保険組合

* この申込書のためにご提供いただいた個人情報及び健診結果は、当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはありません。