

※この用紙は、当健康保険組合の独自契約健診機関が、巡回健診（一部施設健診）を行うための申込用紙です。

※東振協「生活習慣病健診Bコース」を受診する場合は、「様式①-2」を使用してください。

★35歳以上（誕生日が昭和61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 (どちらかを「○」で囲んでください)		巡回・施設				
本人	名	家族	名	合計	名	総合計	名	ページ数	/

健診日	被保険者証 記号-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 3.3.31時点	性別	※子宮がん・乳がん 検診	備考
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、簡易成人病健診の受診を申込みます。

受付印

年 月 日 干

事業所所在地  
事業名称  
事業主氏名

印

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ございません。