

## 様式①-2

## 東振協 生活習慣病健診（Bコース）予約連絡届

※この用紙は、事業所が東振協の健診機関で施設健診を行うための用紙です。予約後、すみやかに当健康保険組合へ提出ください。

※窓口で、一部負担金「3,000円」（子宮がん検診、乳がん検診代含む）をお支払ください。健康保険組合から「一部負担金」の請求はありません。

★35歳以上（誕生日が平成2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 7.3.31時点	性別	※子宮がん・乳がん 検診	追加・未受診項目 (記入不要)
1	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
2	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
3	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
4	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
5	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
6	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
7	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
8	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
9	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
10	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
11	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
12	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
13	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
14	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )
15	/	—				子宮 乳	PSA 眼底・胸・胃・大腸 尿・( )

※ 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、東振協 生活習慣病健診(Bコース) \_\_\_\_\_ 名の受診予約をしましたので届出します。

年 月 日

事業所所在地  
事業名称  
事業主氏名

受付印

西日本パッケージング健康保険組合

\* この届出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。