

婦 人 生 活 習 慣 病 健 診 申 込 書

組 合 名		東京都木材産業健康保険組合			コード 13-330	
保 険 証 記 号 番 号		記号		番号		
事業所名						
受 診 者	フリガナ				続 柄	
	氏 名	姓	名		1. 本 人 2. 家 族	
	生年月日	5. 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 才) 7. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 才)				
	住 所	〒 _____				
	電話番号	(_____) _____				
希望健診 会 場	コード		会場名			
子 宮 検 査 方 法 希 望 <small>※希望するもの1つに○</small>	1. 自己採取法で希望 <small>別紙会場一覧表で○印がある会場</small>		2. 医師採取法で希望 <small>すべての会場で受診可能</small>		3. 希望しない	
乳 房 検 査 方 法 希 望 <small>※希望するもの1つに○</small>	1. 超音波 (エコー)			2. マンモグラフィ <small>実施会場に○印がついている会場のみ実施</small>		

《注意事項》

※事前に健診日の指定はできませんのでご了承ください。

※「2. 医師採取法」は、原則として会場（健診車）で行いますが、近隣の医院で行う場合は、健康診断と同日に受診できない場合がございます。

※乳房検査欄の「2. マンモグラフィ」は、実施会場一覧表の「マンモグラフィ」欄で○印がついている会場のみ実施できます。また、マンモグラフィの無い会場を選択した場合は超音波とさせていただきます。

◎健診申込者の個人情報、受診資格の確認および健診委託業者等への連絡に使用します。

◎この申込をいただいた方は、当組合が健診結果を収集し、その結果を基に特定保健指導等の保健事業に利用することについて同意したものとさせていただきます。

【お申し込み先】 東京都木材産業健康保険組合 総務課
〒136-0082 東京都江東区新木場1-18-6
FAX 03-5534-6314