

令和8年度 春季女性生活習慣病予防健診申込書（C 1 コース）

組 合 名		東 京 金 属 事 業 健 康 保 険 組 合				健保コード 1 3 - 2 7 8	
被 保 険 者	記 号		番 号		事業所名		
	氏 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 7. 平成			年	月	日
	住 所	〒 _____					
	日中の連絡先	()					
希望健診会場		会場コード		会場名			
子宮細胞診 (1つを選択)		1. 自己採取法		2. 医師採取法		3. 希望しない	
乳房診 (1つを選択)		1. 超 音 波			2. マンモグラフィー		

<注意事項>

- ・ 申込書の個人住所欄に事業所の住所を記入する場合は、必ず事業所名も記入してください。
- ・ 子宮細胞診・乳房診の実施方法は、会場一覧表の○（実施）、×（未実施）をご参照ください。
- ・ 子宮細胞診の医師採取法は、会場によって近隣の婦人科医院と提携で実施のため、健診当日に受診できない場合がございますので会場一覧表でご確認ください。
- ・ **乳房診検査を希望しない場合は、「1.超音波」を選択し、当日会場にて希望しない旨をお申し出ください。**
- ・ この健診の申し込み締切日は、令和8年1月7日（水）必着です。　<FAXは不可>
- ・ 案内文書は、令和8年3月以降に健診日が確定しだい担当医療機関より順次受診者様あてに送付さ
なお、担当医療機関によって発送時期が異なりますのでご了承ください。
- ・ 記入していただいた個人情報は健康診査のお申し込みのみに利用します。