

※健保コード 本 部 管轄事業所:278
 多摩支部管轄事業所:280
 ※健保コード及び記入事項は漏れなく記入してください。

秋季婦人生活習慣病健診用

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">健保コード</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">13-</td></tr> </table>	健保コード	13-	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">健康保険組合名</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">東京金属事業健康保険組合</td></tr> </table>	健康保険組合名	東京金属事業健康保険組合	令和元年度 秋季 婦人生活習慣病健診申込書	事業所名 _____	担当者 _____
健保コード								
13-								
健康保険組合名								
東京金属事業健康保険組合								
			所在地 _____	電話番号 _____				

健康保険証		フリガナ		続柄	生年月日	郵便番号	住所	電話番号 <small>※日中のご連絡先(ご本人)</small>	子宮細胞診 (頸部)	乳房診 <small>※いずれかを選択</small>	会 場 コード	会場名
記号	番号	氏	名									
				1. 本人 2. 家族	昭5 平7 .	-			1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー 3.希望しない		
				1. 本人 2. 家族	昭5 平7 .	-			1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー 3.希望しない		
				1. 本人 2. 家族	昭5 平7 .	-			1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー 3.希望しない		
				1. 本人 2. 家族	昭5 平7 .	-			1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー 3.希望しない		
				1. 本人 2. 家族	昭5 平7 .	-			1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー 3.希望しない		
				1. 本人 2. 家族	昭5 平7 .	-			1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー 3.希望しない		
				1. 本人 2. 家族	昭5 平7 .	-			1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー 3.希望しない		
				1. 本人 2. 家族	昭5 平7 .	-			1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー 3.希望しない		
				1. 本人 2. 家族	昭5 平7 .	-			1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー 3.希望しない		

※ 子宮細胞診(頸部)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。
 ※ 乳房診欄の「2.マンモグラフィー」は、別紙実施会場一覧表の「マンモグラフィー」欄で○印がついている会場のみ実施できます。
 ※ 「2.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、健康当日に受診できない場合がございますので実施会場一覧表でご確認ください。
 ※ この健診の申し込み締切日は、令和元年7月16日(火)です(個人情報保護のためFAXは不可)。