

## 婦人生活習慣病健康診査申込書

組 合 名		東京金属事業健康保険組合		健保コード	
				13-	
保 険 証		記号	番号		
被 保 険 者	氏 名				
	事業所名				
受 診 者	フリガナ			続 柄	
	氏 名			1. 本人 2. 家族	
	生年月日	昭和5 平成7	年	月	日
	住 所	〒 .....			
	電話番号	( )			
希望健診会場		会場コード	会場名		
子宮(頸部)細胞診希望 (必ず○をつけてください)		1. 自己採取法 (会場に○印がある所でのみ実施)	2. 医師採取法	3. 希望なし	
乳房診希望 (必ず○をつけてください)		1. 超音波	2. マンモグラフィー (会場に○印がある所でのみ実施)	3. 希望なし	

**健保コード：本部管轄278、多摩支部管轄280**

●申込書提出期限は令和元年7月16日(火)必着。(個人情報保護のため、FAX不可。)

※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。

※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。

※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。