

大阪府建築健康保険組合
平成 年度 **人間ドック** 健診申込書
〈任継・被扶養者用〉

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

- ・人間ドック健診 (@ _____ -20,000 円) × _____ 名 = _____ 円
 - ・子宮がん検診または乳がん検診 (@ _____ -1,500 円) × _____ 名 = _____ 円
 - ・子宮がん検診+乳がん検診 (@ _____ -3,000 円) × _____ 名 = _____ 円
- 各健診機関設定金額 [組合負担分]

合計 _____ 円

申込日 平成 年 月 日

| | | | | |
|----------------|---------------------------------|------------|-----------------|------------------|
| 保 険 証 記号・番号 | - | 被保険者氏名 | | |
| ご 連 絡 先 | 〒 _____ TEL () - _____ | | | |
| 希望健診機関名 | | | | |
| フリガナ 受診者氏名 | 区分 | 生 年 月 日 | 追加検診 (婦人科検診) | 実施年月日 |
| | 男・女 | S . . (才) | 子宮がん 乳がん | . . () AM PM |
| | 男・女 | S . . (才) | 子宮がん 乳がん | . . () AM PM |

※追加検診を希望される方は、必ず○印を付けてください ↑

※婦人科検診の実施項目は、健診機関によって異なりますので、詳細は直接健診機関へお問合せください。

<通信欄>

<提出先>

大阪府建築健康保険組合 事業部
〒540-0019
大阪府中央区和泉町2-1-11
TEL 06-6942-3622
FAX 06-6941-1815