

大阪府建築健康保険組合

平成 年度 **生活習慣病健康診断** 申込書  
 <任継・被扶養者用>

--	--	--

下記の太線・太枠のみご記入ください。

<一部負担金> ※受診健診機関へお支払いください

- ・生活習慣病健診 @5,000×\_\_名 = \_\_\_\_\_円
- ・眼底検査 @1,000×\_\_名 = \_\_\_\_\_円
- ・便潜血検査 @500×\_\_名 = \_\_\_\_\_円
- ・子宮がん検診または乳がん検診 (@\_\_\_\_円-1,500円)×\_\_名 = \_\_\_\_\_円
- ・子宮がん検診+乳がん検診 (@\_\_\_\_円-3,000円)×\_\_名 = \_\_\_\_\_円

合計 \_\_\_\_\_円

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	区分	生 年 月 日	追加検査 (40歳以上)	追加検診 (婦人科検診)	実施年月日
受 診 者 氏 名					
	男 ・ 女	S . .	眼 底 便 潜 血	子宮がん 乳がん	. . ( ) AM PM
	男 ・ 女	S . .	眼 底 便 潜 血	子宮がん 乳がん	. . ( ) AM PM

※追加検査を希望される方は、必ず○印を付けてください ↑

<通信欄>

--

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