

--	--	--

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。  
 ※婦人科検診の検査項目及び検診料金等の詳細は、各健診機関へお問合せください。

<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

合計 \_\_\_\_\_円 + 婦人科検診料

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	追加検査 (40歳以上)	追加検診 (婦人科検診)	実施年月日
	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  
 大阪府中央区和泉町2-1-11  
 TEL 06-6942-3622  
 FAX 06-6941-1815