

大阪府建築健康保険組合

_____年度 **入**社時健診申込書

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

※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 入社時健診@3,000×____名=_____円+婦人科検診料

(内訳 男性____名、女性____名)

申込日 年 月 日

| | | | | | | | |
|-------|------------|----------------|---------|-----------------|-------|-----------|--|
| 事業所記号 | 事業所名 | | | | 支店営業所 | | |
| 所在地 | 〒 | | | | TEL | () | |
| 担当者 | 氏名 | | 健診実施機関名 | | | | |
| 保険証番号 | フリガナ 氏名 | 生年月日 | 区分 | 追加検診 (婦人科検診) | 備考 | 実施日 | |
| | | S H . . (才) | 男女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : | |
| | | S H . . (才) | 男女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : | |
| | | S H . . (才) | 男女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : | |
| | | S H . . (才) | 男女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : | |
| | | S H . . (才) | 男女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : | |

※ご希望の項目に○をしてください ↗

大阪府建築健康保険組合

年度入社時健診申込書（続紙）

No. _____

事業所記号 _____

事業所名 _____

健診実施機関名 _____

| 保険証 番号 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 区 分 | 追加検診 (婦人科検診) | 備 考 | 実 施 日 |
|-----------|------|---|-----------------|--------|-----------------|-----|-----------|
| | 氏 | 名 | | | | | |
| | | | S H . . (才) | 男 女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : |
| | | | S H . . (才) | 男 女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : |
| | | | S H . . (才) | 男 女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : |
| | | | S H . . (才) | 男 女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : |
| | | | S H . . (才) | 男 女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : |
| | | | S H . . (才) | 男 女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : |
| | | | S H . . (才) | 男 女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : |
| | | | S H . . (才) | 男 女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : |
| | | | S H . . (才) | 男 女 | 子宮がん 乳がん | | . . () : |

※ご希望の項目に○をしてください ↗