

大阪府建築健康保険組合

_____年度 **生活習慣病健診**申込書 <事業所用>

--	--	--

※太線・太枠のみご記入ください。

※対象年齢未満の健診料及び、婦人科検診の検査内容・健診料の詳細は、各健診機関へお問合せください。

- ・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
- 計 _____ 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	追加検査 (40歳以上)	追加検診 (婦人科検診)	備考	実施日
	S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM	
	S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM	
	S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM	
	S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM	
	S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM	

※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 **生活習慣病健診**申込書 <事業所用> (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	追加検査 (40歳以上)	追加検診 (婦人科検診)	備考	実施日
	氏名							
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . () AM PM

※ご希望の項目に○をしてください ↗