

--	--	--

大阪府建築健康保険組合

令和\_\_\_\_\_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(追加の場合)

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 . . ( 才)	眼 底 便潜血	子宮がん 乳がん	. . ( ) AM PM	
	男・女	S . . ( 才)	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