

--	--	--

大阪府建築健康保険組合

令和_____年度 **人**間ドック健診申込書
 <任継・被扶養者用>

※下記の太線・太枠のみご記入ください。
 ※人間ドック健診料は、当組合ホームページに掲載しています。
 ※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>

人間ドック健診(@_____ -20,000 円) × _____名 = _____円 + 婦人科検診料(追加の場合)

申込日 _____年 _____月 _____日

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	追加検診 (婦人科検診)	実施年月日	
受診者氏名					
	男・女	S . . (才)	子宮がん 乳がん	. . ()	
	男・女	S . . (才)	子宮がん 乳がん	. . ()	

※追加検診を希望される方は、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