

--	--	--

大阪府建築健康保険組合
平成 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。

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

申込日 平成 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 受診者氏名	区分	生 年 月 日	追加検診 (婦人科検診)	実施年月日
	男・女	S . . (才)	子宮がん 乳がん	H . . ()
	男・女	S . . (才)	子宮がん 乳がん	H . . ()

※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