

--	--	--

大阪府建築健康保険組合

____年度 **婦**人科検診申込書

＜任継・被扶養者用＞

(婦人科検診のみ希望される場合にご使用ください)

※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。

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 受診者氏名	生年月日	希望する 検査項目	実施年月日	
	S . . (才)	子宮がん 乳がん	. . ()	
	S . . (才)	子宮がん 乳がん	. . ()	

※ご希望の項目に○をしてください ↗

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