

# 個人別会場別婦人生活習慣病健診申込書(C1・〇〇年〇季分)

組 合 名		倉庫業健康保険組合		コード	13-452
被 保 険 者 証 号 被 記 号・番 号		記 号 2000	番 号 〇〇〇〇		
事 業 所 名		任意継続被保険者			
被 保 険 者 氏 名		健保 一郎			
受 診 者	氏 名	フリガナ ケンポ エイコ			続 柄
		健保 栄子			1. 本人 2. 家族
	生 年 月 日	昭和(5) 〇〇年 〇〇月 〇日生			
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都江東区富岡〇-〇〇-〇〇			
電 話 番 号	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇				
健診コース		C1コース			
希望健診会場 (必ず記入して下さい)		会場コード	〇〇〇	会場名	〇〇〇〇会館
子宮癌検査 (必ず記入して下さい)		1. 自己採取法 2. 医師採取法 3. 希望しない			

※続柄、子宮癌検査は該当する項目に〇をしてください。事務処理の関係上、記入漏れのないようにお願いします。

【個人情報の取り扱いについて】

申込書の記載事項及び健診結果については、以後の健診を円滑に実施するため及び健康管理・健康水準向上対策の活用のためのみ、組合及び健診機関において使用することとします。

支払金額 5,400 円

支払方法 (1. 組合窓口支払 2. 現金書留 3. 銀行振込)  
※ 振込用紙が必要な場合、組合までご連絡ください。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

受付印

受診者負担