令和６年度　秋季婦人生活習慣病健康診査申込書

<table>
<tr><td colspan="2">組　合　名</td><td colspan="3">東 京 金 属 事 業 健 康 保 険 組 合</td><td>健保コード
１３－</td></tr>
<tr><td colspan="2">保　険　証</td><td>記号</td><td></td><td>番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">被保険者</td><td>氏　　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">受診者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">続　柄</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td>姓</td><td colspan="2">名</td><td>１　本人
２　家族</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">昭和　５
平成　７　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="4">（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">希望健診会場</td><td>会場コード</td><td></td><td>会場名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">子宮細胞診
（１つを選択）</td><td colspan="2">１　自己採取法</td><td colspan="2">２　医師採取法</td><td>３　希望しない</td></tr>
<tr><td colspan="2">乳房診
（１つを選択）</td><td colspan="2">１　超音波</td><td colspan="2">２　マンモグラフィー</td><td></td></tr>
</table>

＜注意事項＞

・健保コード：本部管轄　２７８、多摩支部管轄　２８０
・申込書の個人住所欄に事業所の住所を記入する場合は、必ず事業所名も記入してください。
・子宮細胞診・乳房診の実施方法は、会場一覧表の○（実施）、×（未実施）をご参照ください。
・子宮細胞診の医師採取法は、会場によって近隣の婦人科医院と提携で実施のため、健診当日に受診できない場合がございますので実施会場一覧表でご確認ください。
・乳房診検査を希望しない場合は、「超音波」を選択のうえ、当日会場にて希望しない旨をお申し出ください。
・この健診の申し込み締切日は、令和６年７月８日（月）必着です。　＜FAXは不可＞
・記入していただいた個人情報は健康診査のお申し込みのみに利用します。