

# 男子（40歳～） 人間ドック 受検申込書

阪和興業健康保険組合

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

健康保険 被保険者証の 記号・番号	(記号 — 番号) —	(会社名・事業所名)  (TEL )
フリガナ		
氏名	⑩	
生年月日	昭和 年 月 日 平成	連絡先 (TEL)
住所 (問診票送付先)	(〒 — )	

健診機関 希望場所を○ で囲んで下さい	<ul style="list-style-type: none"><li>・結核予防会（大阪総合健診センター）</li><li>・結核予防会 堺複十字診療所（堺高島屋内）</li><li>・聖授会（総合健診センター）</li><li>・聖授会（OCAT予防医療センター）</li><li>・聖授会（フェスティバルタワークリニック）</li><li>・コーナンメディカル（鳳）</li><li>・寿楽会 大野クリニック</li><li>・MedCity 2 1（あべのハルカス）</li><li>・多根クリニック（大阪ベイタワー）</li></ul>
第一希望日	令和 年 月 日 ( ) 曜日
第二希望日	令和 年 月 日 ( ) 曜日
第三希望日	令和 年 月 日 ( ) 曜日
前立腺ガン（血液）検査（PSA） ※当年度3月末までに50歳以上の方は、自動的に含まれます。	
<受検者記入欄>（補足があれば記入して下さい。）	

<健保記入欄>
---------