

女子（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 平成	年	月	日	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	・結核予防会（大阪総合健診センター） ・結核予防会 堺複十字診療所（堺高島屋内） ・聖授会（総合健診センター） ・聖授会（OCAT予防医療センター） ・聖授会（フェスティバルタワークリニック）		・コーナンメディカル（鳳） ・寿楽会 大野クリニック ・MedCity 2 1（あべのハルカス） ・多根クリニック（大阪ベイトワー）	
レディースドック	予防会（大阪）のみ選択 （毎週月曜日午後限定）	希望する	・	希望しない
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
骨粗鬆症検査 （○で囲んで下さい。）	希望する ・ 希望しない			
乳腺検査 （どちらか選択）	超音波 ・ マンモグラフィ			
<受検者記入欄>（補足があれば記入して下さい。）				

<健保記入欄>
