

配偶者（30～39歳） 生活習慣病検診 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	(記号一番号) —	(被保険者名) ⑩	
フリガナ 受検者 (配偶者氏名)		(会社名・事業所名) (TEL)	
受検者の 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"> ・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（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 M・O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） 		
午後健診	予防会（大阪）のみ選択 (毎週水曜日午後限定)	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		
希望検査 (○で囲んで下さい。)	胃 部 X 線 ・ 乳 ガ ン ・ 子 宮 ガ ン		
乳ガン検査 (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>
