

女子（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) —	(会社名・事業所名) (TEL)
フリガナ		
氏名		
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（大阪ベイタワー） 	
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>
