

# 簡易生活習慣病健診・生活習慣病(婦人)健診 申込書

(任意継続被保険者用)

健診機関名	〇〇〇〇健診センター
-------	------------

※申し込みされる健診機関名をご記入ください。

記号	2000									
番号	フリガナ氏名	生年月日	性別	続柄	受診希望健診コース	一部負担金	乳房オプション	備考	組記入	合欄
0000	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 簡易生活習慣病健診(A2) <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診(B) <input type="checkbox"/> 婦人生活習慣病健診(B1)	<input type="checkbox"/> 2,400円 <input type="checkbox"/> 4,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円	<input type="checkbox"/> エコー(別途負担) <input type="checkbox"/> マンモ(別途負担)	〇月希望		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 簡易生活習慣病健診(A2) <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診(B) <input type="checkbox"/> 婦人生活習慣病健診(B1)	<input type="checkbox"/> 2,400円 <input type="checkbox"/> 4,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円	<input type="checkbox"/> エコー(別途負担) <input type="checkbox"/> マンモ(別途負担)			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 簡易生活習慣病健診(A2) <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診(B) <input type="checkbox"/> 婦人生活習慣病健診(B1)	<input type="checkbox"/> 2,400円 <input type="checkbox"/> 4,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円	<input type="checkbox"/> エコー(別途負担) <input type="checkbox"/> マンモ(別途負担)			
合計	〇人	本人 〇人 家族 人	男 〇人 女 人							

※記入欄のうち選択肢のものはいずれかに☑チェックしてください(該当しないものは空欄)

倉庫業健康保険組合(組合コード13452)  
〒135-0047東京都江東区富岡2-11-12  
TEL03-3642-8436 Fax03-3642-2100

住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1
電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
被保険者氏名	〇〇 〇〇 (印)

(受付日付印)

【個人情報の取り扱いについて】

申込書の記載事項及び健診結果については、以後の健診を円滑に実施するため及び健康管理・健康水準向上対策の活用のためのみ、組合及び健診機関において使用することとします。