女性生活習慣病予防健診申込書

組　合　名		東京中央卸売市場健康保険組合			コード １３－１８４
被保険者証		記号		番号	
被保険者氏名					
事業所名称					
受診者	フリガナ				続　柄
	氏　名	姓	名		１．本人 ２．家族
	生年月日	５.昭和 ７.平成	年	月	日生
	住　所	〒　　－			
	電話番号	（　　）			
健診コース		Ｃ１			
希望健診会場		会場コード		会場名	

子宮検査方法の希望（下記に必ず１つ「○」を付けてください）※１		
１．自己採取法	２．医師採取法	３．希望しない
乳房検査方法の希望（下記のどちらかに「○」を付けてください）※２		
１．超音波	２．マンモグラフィー	

(注)　※1　子宮検査欄の「１．自己採取法」は、別紙実施会場一覧表の「自己採取法」欄で○印がついている会場のみ実施できます。
「２．医師採取法」は、会場によって近隣の婦人科医院と提携で実施のため、健康診断と同日に受診できない場合がございますのでご了承ください。

※　乳房検査欄の「２．マンモグラフィー」は、別紙実施会場一覧表の「マンモグラフィー」欄で○印がついている会場のみ実施できます。

FAX　03-6636-6100

※送信時には、用紙の裏表にご注意ください。