

生活習慣病予防健診 受診申込者名簿

受診希望 医療機関	
--------------	--

事業所名称		ご担当者名	
事業所住所		電話番号	

希望するところにチェックを入れてください。本人の場合、右欄に送付先住所をご記入ください。複数名いる場合には任意の様式にご記入ください。

問診票・結果票送付先	事業所	本人	(本人送付先住所)〒
健診料金請求先	事業所	本人	

保険証の記号		合計		名		申込コース	予約日
番号	氏名	性別	区分	生年月日			
		男女	本人家族	年 月 日		A1・A2・B・D1・脳検査 お*ション: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日		A1・A2・B・D1・脳検査 お*ション: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日		A1・A2・B・D1・脳検査 お*ション: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日		A1・A2・B・D1・脳検査 お*ション: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日		A1・A2・B・D1・脳検査 お*ション: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日		A1・A2・B・D1・脳検査 お*ション: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日		A1・A2・B・D1・脳検査 お*ション: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日		A1・A2・B・D1・脳検査 お*ション: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日		A1・A2・B・D1・脳検査 お*ション: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日

乳がん・子宮がん検診は、本人のみ受診可能です。医療機関により未実施の場合がありますので、必ずご確認ください。

- * この名簿は、受診を希望する医療機関へFAXにて送付してください。
- * 保険証の記号・番号、氏名、生年月日、申込コース等、記入もれのないようご確認ください。
- * 医療機関の都合により予約日はご希望に添えない場合があります。ご了承ください。
- * 受診日当日は、保険証・必要書類など忘れずに持参してください。

医療機関様へお願い

この名簿を確認されましたら、事業所ご担当者様までご連絡のうえ受診日等の調整をお願いいたします。健診コースに応じて下記負担金の徴収をしてください。

A1	A2	B(本人のみ)	D1(本人のみ)	脳検査(本人のみ)	乳がん・子宮がん検診(本人のみ)
1000円	3500円	5000円	15000円	医療機関様で定める金額 (28,000円(税別)以下)	各1000円 自己採取法は無料

受診日当日に保険証を忘れた方の資格確認等につきましては、全日本理美容健康保険組合までご連絡ください。

