

# 女性生活習慣病予防健診申込書

C3コース

組 合 名	印刷製本包装機械健康保険組合			コード 13-538
健康保険の 記号と番号	記号		番号	
被 保 険 者	事業所名称 <small>(任継者は記入不要です)</small>			
	氏 名			
受 診 者	フリガナ			続 柄
	氏 名	姓	名	2. 家族
	生 年 月 日	5.昭和 7.平成	年	月 日生
	住 所	〒 -		
	電 話 番 号	( )		
希望健診会場	会 場 コード		会場名	
子宮検査希望 <small>(医師採取法のみ)</small>	2. 医師採取法		3. 希望なし	
乳房検査希望方法	1. 超音波検査	2. マンモグラフィ		3. 希望なし
胃部X線検査希望	1. 希望あり		2. 希望なし	

※ 上記検査希望欄が無記入の場合は、「希望なし」として受付いたします。

【申込先】 郵送の場合 : 〒135-8318

東京都江東区毛利2-6-5

印刷製本包装機械健康保険組合 保健課 宛

FAXの場合 : 03-3634-0428