計機健康保険組合　行
FAX：03-3264-4429

| 常務理事 | 事務長 | 部　長 | 課　長 | 扱　者 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

# 集合型健診受検申込書

下記のとおり申し込みます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所記号 | | 書類の送付先<br>住所・名称<br>担当者名 | 〒　－<br><br>電話 |
| 事業所名称 | | | |
| 営業所の名称 | | | |

| | |
|---|---|
| 医療機関名 | 医療法人社団あさひ会　西早稲田クリニック |

| 被保険者番号 | フリガナ<br>氏名 | 区分 | 生年月日（年齢） | 受検年月日 | 健診種目 | 会場名 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 本・家 | 昭和<br>平成　年　月　日（　） | 平成　年　月　日 | | |
| | | 本・家 | 昭和<br>平成　年　月　日（　） | 平成　年　月　日 | | |
| | | 本・家 | 昭和<br>平成　年　月　日（　） | 平成　年　月　日 | | |
| | | 本・家 | 昭和<br>平成　年　月　日（　） | 平成　年　月　日 | | |
| | | 本・家 | 昭和<br>平成　年　月　日（　） | 平成　年　月　日 | | |
| | | 本・家 | 昭和<br>平成　年　月　日（　） | 平成　年　月　日 | | |
| | | 本・家 | 昭和<br>平成　年　月　日（　） | 平成　年　月　日 | | |
| | | 本・家 | 昭和<br>平成　年　月　日（　） | 平成　年　月　日 | | |

**【健診種目】**

| | | |
|---|---|---|
| ① 集合型/婦人健診(乳がん・子宮がん検診含む) | ② 集合型/生活習慣病健診 | ③ 集合型/健康診断 |
| ④ ＯＰ 乳がん検診(超音波) | ⑤ ＯＰ 子宮がん検診(自己採取) | ⑥ＯＰ 腫瘍マーカー(生活習慣病・男性) |
| ⑦ＯＰ腫瘍マーカーＰＳＡ含む(生活習慣病・男性) | ⑧ ＯＰ 腫瘍マーカー(女性) | ⑨ＯＰ ヘリコバクターピロリ菌ＩｇＧ抗体 |
| ⑩ 集合型/特定健康診査 | | |

**【注意事項】**

1. この申込書は集合型健診専用用紙です。 受検日の２週間前までに検診課へご提出ください。
2. 健診種目は上記の①から⑩より選択してください。
3. この申込書は個人情報保護法を遵守し適正に取り扱います。
4. 健診料金につきましては当日健診会場での支払いはございません。 後日「あさひ会」より請求がございますのでその際健診料金をお支払いください。