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 住所・名称 担当者名	〒　－ 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 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 平成　年　月　日（　）	平成　年　月　日		
		本・家	昭和 平成　年　月　日（　）	平成　年　月　日		
		本・家	昭和 平成　年　月　日（　）	平成　年　月　日		
		本・家	昭和 平成　年　月　日（　）	平成　年　月　日		
		本・家	昭和 平成　年　月　日（　）	平成　年　月　日		
		本・家	昭和 平成　年　月　日（　）	平成　年　月　日		
		本・家	昭和 平成　年　月　日（　）	平成　年　月　日		
		本・家	昭和 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。