

女性生活習慣病予防健診 申込書

太枠内にご記入ください。

組 合 名		自動車振興会健康保険組合		コード	13-337
被保険者等		記号		番号	
被 保 険 者	事業所名				
	氏 名				
受 診 者	フリガナ				続柄
	氏 名	姓		名	1. 本人 2. 家族
	注) 受診日当日、当健康保険組合の資格を有していない方は受診することができません。 万一、無資格で受診された場合、当健康保険組合からの補助は一切受けられず、 医療機関から健診費用全額が請求されることとなります。予めご了承ください。				
	生年月日	昭和	年	月	日生 才
	住 所	(〒 -)			
	電話番号				
希望健診会場		会場コード		会場名	
会場コードは毎回変更されています。必ず最新の一覧をご確認ください。					
子宮癌検査・乳房検査希望の有無 (必ず下記に記入して下さい。)					
(注1) 子宮癌検査方法希望	1. 自己採取法希望	2. 医師採取法希望		3. 希望しない	
(注2) 乳房検査方法希望 (必須)	1. 超音波検査		2. マンモグラフィー検査		
「1. 超音波検査」・「2. マンモグラフィー検査」のいずれかを必ず選択してください。					

(注1) 子宮癌検査は、1～3のいずれかを選択してください。

「1. 自己採取法」は、別紙実施会場一覧表の子宮検査「自己採取」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、会場により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ありますので
ご注意ください。

(注2) 乳房検査の「2. マンモグラフィー検査」は、別紙実施会場一覧表の乳房検査「マンモ」欄で○印がついている会場のみ実施で
きます。乳房検査は、実施予定がなくとも、申込時点では選択(記入)が必要です。