

# 婦人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	
健康保険証 記号・番号		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、健保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		
会場は年度ごと変更しています。今年度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。

ご不明な点等がございましたら、健康管理課 03-3442-7491 までご連絡ください。