

健康診断申込書

申込日 年 月 日

健康保険組合

※問診票をご自宅に送付希望の方は下記にご記入願います

フリガナ 事業所名（本社）	
〒	—
都・道 府・県	市・区 郡
TEL ()	— 担当者
FAX ()	—

フリガナ 支社・営業所名	
〒	—
都・道 府・県	市・区 郡
TEL ()	— 担当者
FAX ()	—

フリガナ 氏名	
〒	—
都・道 府・県	市・区 郡
TEL ()	—
FAX ()	—

保険記号	保険番号	氏名（フリガナ）	性別	区分	生年月日	健診コース	婦人科	健診希望日	希望会場
			男女	1. 本人 2. 配偶者	昭 ・ 年 月 日 平		乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 子宮 有・無 (医師採取法のみ)	月 日	1. 外来（東区原田） 2. 西部（西区姪浜） 3. 会場（ ） 4. 備考（ ）
			男女	1. 本人 2. 配偶者	昭 ・ 年 月 日 平		乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 子宮 有・無 (医師採取法のみ)	月 日	1. 外来（東区原田） 2. 西部（西区姪浜） 3. 会場（ ） 4. 備考（ ）
			男女	1. 本人 2. 配偶者	昭 ・ 年 月 日 平		乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 子宮 有・無 (医師採取法のみ)	月 日	1. 外来（東区原田） 2. 西部（西区姪浜） 3. 会場（ ） 4. 備考（ ）
			男女	1. 本人 2. 配偶者	昭 ・ 年 月 日 平		乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 子宮 有・無 (医師採取法のみ)	月 日	1. 外来（東区原田） 2. 西部（西区姪浜） 3. 会場（ ） 4. 備考（ ）
			男女	1. 本人 2. 配偶者	昭 ・ 年 月 日 平		乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 子宮 有・無 (医師採取法のみ)	月 日	1. 外来（東区原田） 2. 西部（西区姪浜） 3. 会場（ ） 4. 備考（ ）
			男女	1. 本人 2. 配偶者	昭 ・ 年 月 日 平		乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 子宮 有・無 (医師採取法のみ)	月 日	1. 外来（東区原田） 2. 西部（西区姪浜） 3. 会場（ ） 4. 備考（ ）

お問い合わせ・申込みは
福岡健康管理センター

TEL 092-611-6311
FAX 092-622-4425

くれぐれも番号のおかけ間違いのない様にお願いいたします。

※乳マンモもしくは乳エコーどちらかのみ健保の負担でご受診いただけます。
ご加入の健康保険組合により異なりますので、詳細は健康保険組合に
お問い合わせ願います。

KP202202