レディース健診申込書

◆**裏面記入例をご参照の上、ご記入ください。**

組合名		埼玉機械工業健康保険組合				コード 11－044
被保険者証		記号		番号		
被保険者氏名						
事業所名称						
受診者	フリガナ					続柄
	氏名	姓		名		1. 本人 2. 家族
	生年月日	5.昭和 7.平成	年		月	日生
	住所	〒				
	電話番号	（　　　）				
		※日中繋がる連絡先をご記入ください。				
健診コース		C1				
希望健診会場		会場コード		会場名		
		※会場コード及び会場名は毎回変更されます。 組合ホームページ掲載の【実施会場一覧表】をご確認ください。				
子宮検査方法希望		1. 自己採取法		2. 医師採取法		3. 希望なし （子宮検査を希望しない方）
		※自己採取で検査に十分な細胞を正確に採るのは難しいため、医師採取をお勧めしています。				
乳房検査方法希望 （未選択不可）		1. 超音波		2. マンモグラフィー		
		※マンモグラフィー検査は一部の会場でのみ実施します。 組合ホームページ掲載の【実施会場一覧表】をご確認ください。				

子宮検査、乳房検査希望欄は必ず１つに○をつけて下さい。

（注）・**受診当日に当組合の資格をお持ちでない方は受診できません。**

※資格喪失後に受診された場合は、全額自己負担（約20,000円）となります。

・申込内容確認のためご連絡させていただく場合がございます。受診者本人と連絡がつかない場合、事業所の健康保険担当者経由で確認連絡いたしますので、ご了承ください。

・子宮検査の「2. 医師採取法」は、近隣の婦人科医院や会場（健診車）を利用して別日に実施される場合がございます。事前に【実施会場一覧表／医師採取実施場所】をご確認ください。

・乳房検査の受診を希望されない方は「1. 超音波」に〇をつけてください。ご自宅に「健診のお知らせ」が届き次第、受診しない旨医療機関に直接ご連絡をお願いいたします。

〔申込書提出先〕

郵送　〒330-0854
埼玉県さいたま市大宮区桜木町4-993-1
埼玉機械工業健康保険組合　保健事業課 宛

FAX　048-644-1333

TEL　048-643-5164