

受診希望日の2週間前までに申し込み下さい。（申し込み状況により、受診希望日が変更となる場合もあります）

必要事項を記入し点線で切り取ってから 受診を希望する診療所にFAXまたは郵送してください。 *電話のみの申し込みは不可

*受診券は新保険証と一緒にしているので、受診当日、「受診券」と「保険証」を切り離さずに医療機関にお持ちください。

*受診券を紛失された方は、支部事務所で再発行の手続きをして下さい。

*オプション検診は、あらかじめ**予約が必要**です。費用は検診日当日にお支払いください（実施不可の日があります 各医療機関に事前に問い合わせください）。

足りない場合は、
コピーしてください

↓キリトリ線

2019年度 健康診査申込書

申込日： 年 月 日

2019年度

希望診療所に○印をつけてください

大森中診療所 ・ うのき診療所 ・ 京浜診療所
旗の台健診センター ・ 牧田総合病院健診センター
あきもと佳内科クリニック

大田支部の組合員専用様式です

★平日（月～金曜日）
2019年5月～
2020年3月末日

★第3日曜日
2019年5月～2020年3
月の各月の第3日曜日の午
前中

・・・第3日曜の健診実施
機関については健診の案内
をご確認ください！

*** 受診後に特定保健指導の通知が届いた場合は、必ず利用をしてください！！**

健診希望日	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	電話番号	住所	国保番号 (保険証参照)	組合員本人 (○印を)	特定健康診査 受診券整理番号	オプション検診(有料) 希望検査に○印を
月 日 ()		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳	()	〒 - 大田区	91-15の次の 5桁の番号記入		受診券に記載されている 11桁の整理番号 を記入	1、大腸がん 2、眼底検査 3、胃がん 3-2、胃がん胃カメラ 大森中のみ 4、前立腺がん 5、乳がん(マンモグラフィ) 6、乳がん(乳腺エコー) 7、子宮がん 8、腹部エコー 9、骨密度 10、有機溶剤 11、インフルエンザ 予防接種
月 日 ()		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳	()	〒 - 大田区	91-15の次の 5桁の番号記入		受診券に記載されている 11桁の整理番号 を記入	1、大腸がん 2、眼底検査 3、胃がん 3-2、胃がん胃カメラ 大森中のみ 4、前立腺がん 5、乳がん(マンモグラフィ) 6、乳がん(乳腺エコー) 7、子宮がん 8、腹部エコー 9、骨密度 10、有機溶剤 11、インフルエンザ 予防接種
月 日 ()		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳	()	〒 - 大田区	91-15の次の 5桁の番号記入		受診券に記載されている 11桁の整理番号 を記入	1、大腸がん 2、眼底検査 3、胃がん 3-2、胃がん胃カメラ 大森中のみ 4、前立腺がん 5、乳がん(マンモグラフィ) 6、乳がん(乳腺エコー) 7、子宮がん 8、腹部エコー 9、骨密度 10、有機溶剤 11、インフルエンザ 予防接種

旗の台健診センター
*下記休診日以外の平日
の午前・午後*土曜日は
午前中のみ
*休み=火曜日・日曜日
と祝祭日。
*女性限定日の設定があ
りません(男性は健診を受
けられません)。月に
よって回数は異なりま
す。
*全ての受診希望者は希
望日が決まったら健診セ
ンターにお問合せくださ
い。

東京土建大田支部