

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

2024年度 健康診査申込書

申込日： 年 月 日

2024年度

希望診療所に○印をつけてください ①大森中診療所 ・ ②うのき診療所

大田支部の組合員専用様式です ③京浜診療所 ・ ④旗の台健診センター

⑤あきもと佳内科クリニック ・ ⑥牧田総合病院人間ドック健診センター

⑦牧田総合病院健診プラザOmori

★平日(月～金曜日)
2024年4月～
2025年3月末日

★第3日曜日
①、②、③の医療機関のみ
実施。2024年4月～
2025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	()	〒 -	91-15の次の 5桁の番号記入 土建国保未加入者は 実費となります。		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	()	〒 -	91-15の次の 5桁の番号記入 土建国保未加入者は 実費となります。		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	()	〒 -	91-15の次の 5桁の番号記入 土建国保未加入者は 実費となります。		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
あります(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