

秋季女性生活習慣病予防健診（C1 コース）申込書

組合コード	組 合 名
1 3 - 3 6 2	東京都自動車整備健康保険組合

事業所名

所在地

ご担当者様の

電話番号

担当者名

記載漏れのないようご確認の上お申込み下さい。締切日 **令和8年7月7日（火）必着**

記号	番号	フリガナ		続柄	生年月日	〒	住 所	TEL	子宮検査	乳房検査	会場コード (3桁の数字)	会 場 名
		姓	名									
				1.本人	昭和 平成	—		(—)	1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー		
				2.家族	・ ・							
				1.本人	昭和 平成	—		(—)	1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー		
				2.家族	・ ・							
				1.本人	昭和 平成	—		(—)	1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー		
				2.家族	・ ・							
				1.本人	昭和 平成	—		(—)	1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー		
				2.家族	・ ・							
				1.本人	昭和 平成	—		(—)	1.自己採取法 2.医師採取法 3.希望しない	1.超音波 2.マンモグラフィー		
				2.家族	・ ・							

(注) 子宮検査欄の「1.自己採取法」は実施会場一覧表の「自己採取法」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、会場によって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ございますのでご了承ください。

乳房検査欄の「2.マンモグラフィー」は、別紙実施会場一覧表の「マンモグラフィー」欄で○印がついている会場のみ実施できます。

令和 年 月 日

* 受診料一部負担金 1, 0 0 0 円は、受診医療機関へのお支払いとなっております。

会場毎にお支払い方法(窓口又は振込)が異なりますので、実施会場一覧表の受診者負担金精算方法をご覧ください。

* 本申込書の住所欄にご記入いただいた住所に受診案内が送付されます。記入誤りや部屋番号の記入漏れ等により、送付物が届かない事例が多発していますので、正しい住所（送付物が届く住所）のご記入にご協力をお願いします。