様式４

春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
１３－３６２	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９年1月6日（水）必着**

記号	番号	フリガナ 姓	フリガナ 名	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
				1.本人 2.家族	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		
				1.本人 2.家族	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		
				1.本人 2.家族	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		
				1.本人 2.家族	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		
				1.本人 2.家族	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		
				1.本人 2.家族	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		

（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１，０００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下さい。
＊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。

健保組合が健診実施において収集した個人情報（申込情報・健診結果等）は、組合規程に基づき適正に管理・保管し、加入者の健康維持増進・疾病予防等を目的とする事業にのみ利用いたします。

申込先・問合先　東京都自動車整備健康保険組合 保健事業係
TEL03-3432-2401 FAX03-3432-6406