

大阪府建築健康保険組合  
令和\_\_\_\_年度 **生活習慣病健診**申込書 <事業所用>

--	--	--

※太線・太枠のみご記入ください。

※対象年齢未満の健診料及び、婦人科検診の検査内容・健診料の詳細は、各健診機関へお問合せください。

<一部負担金> ・生活習慣病健診 @5,000×\_\_\_\_名=\_\_\_\_円  
 ・眼底検査 @1,000×\_\_\_\_名=\_\_\_\_円  
 ・便潜血検査 @500×\_\_\_\_名=\_\_\_\_円  
 計\_\_\_\_円+婦人科検診料(追加の場合)

(内訳 男性:\_\_\_\_名、女性:\_\_\_\_名)

申込日 年 月 日

事業所 記号		事業所名					支店 営業所
事業所 所在地	〒				TEL	( )	
担当者	氏名		健診実施機関名				
保険証 番号	フリガナ 氏名	生年月日	区分	追加検査 (40歳以上)	追加検診 (婦人科検診)	備考	実施日
		S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
		S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
		S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
		S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
		S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM

※ご希望の項目に○をしてください ↑

大阪府建築健康保険組合

令和\_\_\_\_年度 **生活習慣病健診**申込書 <事業所用> (続紙)

No. \_\_\_\_\_

事業所記号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

健診実施機関名 \_\_\_\_\_

保険証番号	フリガナ		生年月日	区分	追加検査 (40歳以上)	追加検診 (婦人科検診)	備考	実施日
	氏名							
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM
			S . . (才)	男女	眼底 便潜血	子宮がん 乳がん		. . ( ) AM PM

※ご希望の項目に○をしてください ↗