

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

大阪府建築健康保険組合
令和____年度 **婦**人科検診申込書
〈任継・被扶養者用〉
(婦人科検診のみ希望される場合にご使用ください)

※下記の太線・太枠のみご記入ください。
※婦人科検診の検査項目及び検診料金等の詳細は、各健診機関へお問合せください。

申込日 年 月 日

| | | | | |
|---------------|-------------|--------------|---------|--|
| 保険証 記号・番号 | - | 被保険者氏名 | | |
| ご連絡先 | 〒 TEL () - | | | |
| 希望健診機関名 | | | | |
| フリガナ 受診者氏名 | 生年月日 | 希望する 検査項目 | 実施年月日 | |
| | S . . (才) | 子宮がん 乳がん | . . () | |
| | S . . (才) | 子宮がん 乳がん | . . () | |

※ご希望の項目に○をしてください →

通信欄

<提出先>
大阪府建築健康保険組合 事業部
〒540-0019
大阪府中央区和泉町2-1-11
TEL 06-6942-3622
FAX 06-6941-1815