

(様式 6 号)

令和元年度 秋季婦人生活習慣病予防健診申込書

組 合 名	横浜港運健康保険組合			コード 14 - 069
被保険者証	記号		番号	
事業所名				
被保険者氏名				
受 診 者 (被 扶 養 者)	フリガナ			続 柄
	被扶養者氏名			
	生 年 月 日	昭和 年 月 日 (歳)		
	住 所	〒		
	電 話 番 号	()		
◎ 別紙「婦人生活習慣病予防健診会場一覧表」を参照し、必ずご記入ください				
希望健診会場	会場コード		会場名	
乳房検査 いずれかに○印をして下さい	1.超音波		2.マンモグラフィー	
※ オプション子宮がん検査 いずれかに○印をして下さい (自己負担額 2,000 円)	1.自己採取法	2.医師採取法	3.希望しない	

- ① 申込期間は、令和元年 6 月 17 日 (月) から令和元年 7 月 10 日 (水) までです。
- ② 健診受診期間は、令和元年 10 月 1 日 (火) から令和 2 年 1 月 31 日 (金) までです。
- ③ 健診受診料は無料です。(健保組合が全額負担)
- ④ 子宮がん検査「医師採取法」は近隣の婦人科医院又は会場 (検診車) で行います。
- ⑤ 健診申込者の個人情報は受診資格の確認および健診委託業者への連絡に使用します。
この申込をいただいた方は上記個人情報の収集と利用について同意したものとさせていただきます。

【申込先:横浜港運健康保険組合 FAX045-201-6881】