

健康管理センター診療所
子宮頸がん健診個人別申込書（被保険者用）

健康保険証の		氏 名	年 齢
記 号	番 号		
			歳
日中の連絡先	TEL ()		

■受診希望月及び受付時間

下記の希望受診月及び時期を2つ以上○で囲んでください。

ご希望の月が定員になった場合他の月へ調整させていただきます。

受診券は受診日等を調整後、受診の2週間前までに送付いたします。

4月		5月		6月		7月		8月	
	下旬	上旬	下旬	上旬	下旬	上旬	下旬	上旬	下旬
	AM9:15~	AM9:15~		AM9:15~		AM9:15~		AM9:15~	

9月		10月		11月		12月		2020年1月	
上旬	下旬	上旬	下旬	上旬	下旬	上旬	下旬	上旬	下旬
AM9:15~		AM9:15~		AM9:15~		AM9:15~		AM9:15~	

2020年2月		2020年3月		備考
上旬	下旬	上旬	下旬	
AM9:15~		AM9:15~		

■子宮頸がん健診と合わせて希望する次の健診の番号等を○印で囲んでください。

1. 定期基本健診
 所定外検査(無料)をご希望の場合は検査項目に○をつけてください
 34歳以下の方 → 血液検査・心電図検査
 36~39歳の方 → 心電図検査

2. 消化器基本健診(40歳以上の方のみ)
 胃バリウム検査(※胃内視鏡検査は予約受付を終了いたしました)

3. 人間ドックコース(40歳以上の方のみ 有料:3,500円)
 支払方法:(a)当日窓口での支払 (b)事業所から納付書による事前振込

本申込書を、健康管理センター診療所 医事課へ郵送またはFAXにてお送りください。

〒101-8325 東京都千代田区神田駿河台2-1
 管工業健康保険組合 健康管理センター診療所 医事課

FAX 03-3291-4435 TEL 03-3291-4539