

(FAX可 03-5565-6385)

## 家族健診(妻)申込書

次の方法で家族健診(妻)を申し込みます (1・2を選択し、必要事項を記入)

### 1 指定会場(受託医療機関)で受診 (10月～翌年1月末までに実施予定)

会場(別紙一覧)および子宮検査の方法について選択願います

希望会場	コード		会場名
------	-----	--	-----

子宮検査	1 自己採取	2 医師採取	3 希望しない
------	--------	--------	---------

(自己採取できない会場もあります/会場一覧参照)

### 2 指定会場以外で受診

(1)任意の医療機関等(ドック含む)で受診 ( します ・ しました )

※申込み確認後、組合より案内および費用補助金請求書を受診者住所へ送付します。(9月上旬)

被保険者証記号(番号) 1000-( )※4ケタもしくは5ケタの数字

被保険者氏名

フリガナ

受診者氏名

受診者生年月日 昭和 年 月 日 (満 才)

受診者住所 〒 -

受診者電話番号 ( )

通信欄

---



---

申込締切日 平成26年7月18日(金) 必着