大阪織物商健康保険組合

生活習慣病予防健診申込書

申込書合計枚数	枚	申込人数合計	人

胃Ｘ線を胃内視鏡に変更（差額金額は自己負担）・女性でマンモグラフィー（乳房Ｘ線）又はエコー（乳房超音波）のどちらかを受健希望の方は変更・追加欄にチェックを入れてください。
（指定健診機関によっては検査を行ってない機関もありますので、別紙の指定健診機関一覧をご確認ください。）

☐ 契約健診機関名（希望の健診機関名を右記に記入ください。）【　　】

☐ その他 契約健診機関以外で受健された場合は別紙「生活習慣病予防健診補助金申請書」も添付してください。

事業所記号		事業所名		担当者名	
健診書類送付先	〒　　－			電話番号	（　　）　　－

＊保険証番号順に記入し、 下記の連絡事項欄に受健希望月を記入ください。

No.	保険証番号	フリガナ 氏名	生年月日	性別	変更 追加	備考
1			昭・平　年　月　日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー（超音波）	
2			昭・平　年　月　日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー（超音波）	
3			昭・平　年　月　日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー（超音波）	
4			昭・平　年　月　日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー（超音波）	
5			昭・平　年　月　日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー（超音波）	
6			昭・平　年　月　日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー（超音波）	
7			昭・平　年　月　日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー（超音波）	
8			昭・平　年　月　日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー（超音波）	
9			昭・平　年　月　日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー（超音波）	
10			昭・平　年　月　日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー（超音波）	

記入していただいた事項は、生活習慣病健診受健目的の範囲でのみ使用し、利用目的を遂行するために業務を委託する場合を除き、第三者に提供はいたしません。

事業所から健診機関への連絡事項　　受健希望月　　月～　　月

一部負担金・追加検査等の請求方法（　　）