

生活習慣病健診・特定健診 受診申込者名簿

受診希望 医療機関	
--------------	--

事業所名称		ご担当者様名	
事業所住所		電話番号	

保険証の記号		合計		名		
番号	氏名	性別	区分	生年月日	申込コース	予約日
		男女	本人 家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 ワシヨ: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人 家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 ワシヨ: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人 家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 ワシヨ: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人 家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 ワシヨ: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人 家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 ワシヨ: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人 家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 ワシヨ: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人 家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 ワシヨ: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人 家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 ワシヨ: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人 家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 ワシヨ: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人 家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 ワシヨ: 乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日

乳がん・子宮がん検診は、医療機関により未実施の場合があります。必ずご確認ください。

問診票・結果票送付先	事業所	本人
健診料金請求先	事業所	本人

希望するところにチェックを入れてください。

- * この名簿は、受診を希望する医療機関へFAXにて送付してください。
- * 保険証の記号・番号、氏名、生年月日、申込コース等、記入もれのないようご確認ください。
- * 医療機関の都合により予約日はご希望に添えない場合があります。ご了承ください。
- * 受診日当日は、保険証・必要書類など忘れずに持参してください。

医療機関様へお願い

この名簿を確認されましたら、事業所ご担当者様までご連絡のうえ受診日等の調整をお願いいたします。

健診コースに応じて下記負担金の徴収をしてください。

A1コース	A2コース	Bコース	D1コース	乳がん・子宮がん検診
1000円	3500円	5000円	15000円	各1000円 自己採取法は無料

受診日当日に保険証を忘れた方の資格確認等につきましては、全日本理美容健康保険組合までご連絡ください。

問い合わせ先：全日本理美容健康保険組合 電話：03-6661-6106

保険証の記号		合計		名		
番号	氏名	性別	区分	生年月日	申込コース	予約日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日
		男女	本人家族	年 月 日	A1・A2・B・D1 *注：乳がん・子宮がん(自己)(医師)	月 日

乳がん・子宮がん検診は、医療機関により未実施場合があります。必ずご確認ください。