



切り取って FAX または郵送でお申し込みください。



# 会場別巡回婦人健診申込書



組 合 名		東京都電機健康保険組合			コード 13 - 480
被 保 険 者 証		記号		番号	
被 保 険 者 氏 名					
事 業 所 名 称					
受 診 者	フリガナ				続柄
	氏 名	姓		名	家族
	生 年 月 日	昭和 平成		年 月 日	
	住 所	〒 ー			
	電 話 番 号	( )			
希 望 健 診 会 場		会場コード (3桁)		会場名	
子 宮 検 査 方 法 希 望		下記いずれか1つを選んで「○」をつけてください			
		1. 自己採取法	2. 医師採取法	3. 希望なし	
乳 房 検 査 方 法 希 望		1. 超音波		2. マンモグラフィー	

※上記、記載部分はおれなく記入してください。

※子宮検査欄の「1. 自己採取法」は、実施会場一覧表の「自己採取法」欄で○印がついている会場のみ実施できます。なお、未選択および選択不可会場の場合は「2. 医師採取法」とします。

※乳房検査欄の「2. マンモグラフィー」は、実施会場一覧表の「マンモ」欄で○印がついている会場のみ実施できます。なお、未選択および選択不可会場の場合は「1. 超音波」とします。

※令和6年1月11日(木)まで必着。 FAX: 03-5812-0911

※受診日に、被扶養者資格がない場合には受診できません。また同一年度内に、当組合で実施しております健診はいずれか1種類(脳ドック・肺がん健診を除く)1回のみ受診可能となります。無資格受診、2回目以降の受診は後日全額自己負担いただくこととなりますのでご注意ください。