

長埴建労女性健診申込書

申込書送付日： 年 月 日

事業所名（ ）

保険証NO.	フリガナ	生年月日	家族区分	建設国保の 加入の有無	希望検査項目に○をして下さい			組合員氏名 ※1. 参照
	氏名				40歳以上のみ	年齢制限なし	20歳以上	
建12 -		年 月 日	本人 家族	加入 未加入	乳がん マンモグラフィ	乳がん 超音波	子宮頸 がん	
建12 -		年 月 日	本人 家族	加入 未加入	乳がん マンモグラフィ	乳がん 超音波	子宮頸 がん	
建12 -		年 月 日	本人 家族	加入 未加入	乳がん マンモグラフィ	乳がん 超音波	子宮頸 がん	
建12 -		年 月 日	本人 家族	加入 未加入	乳がん マンモグラフィ	乳がん 超音波	子宮頸 がん	
建12 -		年 月 日	本人 家族	加入 未加入	乳がん マンモグラフィ	乳がん 超音波	子宮頸 がん	

※1. 本人以外の方が受診される場合は組合員氏名もご記入下さい。

※2. 申込書は郵送、FAX、メールのいずれかで申し込みください。 FAX026-293-5833 メールは申込用紙を添付して下さい。

