

東京土建 健康診査申込書

申込日：20 年 月 日

希望診療所に○印をつけてください

・ **京浜診療所**

・ 大森中診療所

・ うのき診療所

〒144-0046

大田区東六郷 1 - 2 7 - 4

大田区大森中 1 - 2 2 - 2

大田区鵜の木 3 - 1 3 - 1 0

TEL 3734-7288 FAX 3734-7290

TEL 3762-8439 FAX 3762-8427

TEL 3750-5351 FAX 3750-5487

健診希望日	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	電話番号	住所	国保番号 (保険証参照)	組合員本人 (○印を)	特定健康診査 受診券整理番号	オプション検診(有料) 希望検査に○印を
月 日 () 曜日 AM・PM		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳	()	〒 - 大田区	91-15の次の5桁の 番号記入 土建国保未加入者は 実費8,740円		受診券に記載されている 11桁の整理番号を記入	1. 大腸がん(40歳未満) 5. 骨密度 2. 眼底検査 6. 腹部エコー 3. 胃がん 7. 有機溶剤 4. 前立腺がん 8.
月 日 () 曜日 AM・PM		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳	()	〒 - 大田区	91-15の次の5桁の 番号記入 土建国保未加入者は 実費8,740円		受診券に記載されている 11桁の整理番号を記入	1. 大腸がん(40歳未満) 5. 骨密度 2. 眼底検査 6. 腹部エコー 3. 胃がん 7. 有機溶剤 4. 前立腺がん 8.
月 日 () 曜日 AM・PM		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳	()	〒 - 大田区	91-15の次の5桁の 番号記入 土建国保未加入者は 実費8,740円		受診券に記載されている 11桁の整理番号を記入	1. 大腸がん(40歳未満) 5. 骨密度 2. 眼底検査 6. 腹部エコー 3. 胃がん 7. 有機溶剤 4. 前立腺がん 8.
月 日 () 曜日 AM・PM		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳	()	〒 - 大田区	91-15の次の5桁の 番号記入 土建国保未加入者は 実費8,740円		受診券に記載されている 11桁の整理番号を記入	1. 大腸がん(40歳未満) 5. 骨密度 2. 眼底検査 6. 腹部エコー 3. 胃がん 7. 有機溶剤 4. 前立腺がん 8.

受診希望日の2週間前までに申し込み下さい。(申し込み状況により、受診希望日が変更となる場合もあります)

必要事項を記入し点線で切り取ってから 受診を希望する診療所に **FAX** または **郵送** してください。 ***電話のみの申し込みはできません。**

* 受診券は新保険証と一緒にしているので、受診当日、「受診券」と「保険証」を切り離さずに医療機関にお持ちください。

* 受診券を紛失された方は、支部事務所で再発行の手続きをして下さい。

* オプション検診は定員制ですので、あらかじめ**予約が必要**です。費用は検診日当日にお支払いください。

* 40歳以上の組合員・家族の方は大腸がん検診(便潜血検査)が無料で実施できます。