

長埴建労健康診断申込書

申込書送付日： 年 月 日

支部名又は事業所名（ ）

| 保険証 NO. | フリガナ | 生年月日 | 女性日希望 の有無 | 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 | | | | | 総合健診 コース | 特定健診 コース | オプション 検診 | |
| 建12 - | | 昭和・平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 加 入 <input type="checkbox"/> 未加入 | <input type="checkbox"/> 全項目 <input type="checkbox"/> 胃部除く <input type="checkbox"/> 大腸除く | <input type="checkbox"/> 特定のみ | <input type="checkbox"/> 前立腺ガン <input type="checkbox"/> 石綿検診 | |
| 第1希望日： 月 日 第2希望日： 月 日 | | | | | | | | | |
| 建12 - | | 昭和・平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 加 入 <input type="checkbox"/> 未加入 | <input type="checkbox"/> 全項目 <input type="checkbox"/> 胃部除く <input type="checkbox"/> 大腸除く | <input type="checkbox"/> 特定のみ | <input type="checkbox"/> 前立腺ガン <input type="checkbox"/> 石綿検診 | |
| 第1希望日： 月 日 第2希望日： 月 日 | | | | | | | | | |
| 建12 - | | 昭和・平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 加 入 <input type="checkbox"/> 未加入 | <input type="checkbox"/> 全項目 <input type="checkbox"/> 胃部除く <input type="checkbox"/> 大腸除く | <input type="checkbox"/> 特定のみ | <input type="checkbox"/> 前立腺ガン <input type="checkbox"/> 石綿検診 | |
| 第1希望日： 月 日 第2希望日： 月 日 | | | | | | | | | |
| 建12 - | | 昭和・平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 加 入 <input type="checkbox"/> 未加入 | <input type="checkbox"/> 全項目 <input type="checkbox"/> 胃部除く <input type="checkbox"/> 大腸除く | <input type="checkbox"/> 特定のみ | <input type="checkbox"/> 前立腺ガン <input type="checkbox"/> 石綿検診 | |
| 第1希望日： 月 日 第2希望日： 月 日 | | | | | | | | | |

※1. 組合員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. 希望日は組合での受付順（先着順）となりますので、希望に添えない場合があります。

※3. 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。

