**この申込書は令和６年度婦人生活習慣病健診専用の申込書です。**

令和６年度 婦人生活習慣病健診申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 組　合　名 | | 東京文具工業健康保険組合 | | | | | | | | | コード  １３－３８８ | |
| 保 険 証  記号番号 | | 記号 |  | | | | 番号 | |  | | | |
| 被保険者 | 勤　　務  事業所名 |  | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ |  | | | | | |  | | | | 続　　柄 |
| 氏　　名 | 姓 | | | | | | 名 | | | | 1. 本人 2. 家族 |
| 生年月日 | 昭和  平成 | | | 年　　 月　　 日生（年齢： 　　才） | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　― | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | ※日中ご連絡の取れる電話番号  　（　　　　 　　　　） | | | | | | | | | | |
| 希望健診  会　　場 | | 会　場  コード | | | |  | 会場名 | |  | | | |
| 子宮検査の希望の有無  下記のいずれかに  **必ず一つ○を付けてください** | | | | | | | | | | | | |
| １．自己採取法  で希望 | | | | ２．医師採取法  で希望 | | | | | | ３．希望しない | | |

※・当組合が実施する健康診断の費用補助は、同一年度内で１回限りです。

・お申し込み後および健診受診時に、当組合の資格を喪失されている方は受診できません。

お申し込みいただきました個人情報につきましては、当該事業以外に使用することはございません。