

令和7年度 婦人生活習慣病健診申込書

この申込書は令和7年度婦人生活習慣病健診専用の申込書です。

組 合 名		東京文具工業健康保険組合		コード 1 3 - 3 8 8	
被保険者等 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 必ず一つ〇を付けてください 〕			
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ありません。