

申し込み内容については、健康診断以外の目的で使用することは一切ありません。

※この用紙は「A：レディース健診」専用申込用紙です。「E：特定健診(近畿地区限定の巡回型健診)」をご希望の方は専用の申込用紙をご使用ください。

※インターネットからお申し込みいただいた方は、この申込用紙の送付は不要です。

※保険証枝番のご記入は不要です。

当会記入欄

【必要事項(もれなくご記入ください)】

健康保険組合の名称		近 畿 電 子 産 業 健 康 保 険 組 合				令和6年	389・11497	
保険証の記号・番号		記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>
受診者	フリガナ							
	氏名 (保険証の記載氏名)							
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
	年齢	歳 ※令和7年(来年)3月31日時点の年齢をご記入ください			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 女性		
	住所	郵便番号	—			都道府県		
	市区郡町名							
	番地							
マンション名など								
連絡先	電話	—			—			
	日中連絡先	—			—			
被保険者	勤務事業所名							
	氏名							

■希望会場(「健康診断会場一覧」をご覧ください。会場コード・会場名・希望日を必ずご記入ください)

※会場コード 201、239、280、401、480 をご希望の方は会場コード・会場名のみ記入し、希望日は空白で提出してください。

後日、ご自身で健診日を予約していただきます。

	実施会場コード	会場名	希望日
第一希望	<input type="text"/>		月 日
第二希望	<input type="text"/>		月 日
第三希望	<input type="text"/>		月 日

■オプション検査項目(ご希望の検査の□に✓印をつけてください)

	項目名	コード
<input type="checkbox"/>	胃部検査(胃部X線撮影法)	200
<input type="checkbox"/>	乳房検査(超音波検査法)	301
<input type="checkbox"/>	乳房検査(マンモグラフィ法)	303
<input type="checkbox"/>	子宮検査(頸部細胞診)	402
<input type="checkbox"/>	大腸検査(便潜血検査2回法)	504

※乳房検査の超音波検査法とマンモグラフィ法の重複受診はできません。

※いずれの検査も会場によりましては実施できない場合がございますので会場一覧にて実施の可否をご確認ください。



近畿電子産業健康保険組合

一般財団法人
京都工場保健会