

健 康 診 断 申 込 書

- 別紙「2025年度 集団健診日程一覧表」「集合健診日程一覧表」をご参照いただき、下記ご記入ください
- ・アスペスト(石綿) ⇒ 40歳以上の組合員と中建国保に加入されている60歳以上の家族が対象です
ご希望の方は「○」をご記入ください
 - ・インフルエンザ予防接種 ⇒ ご希望の方は希望日、会場をご記入ください(健診日と同じ場合は「同上」で結構です)
 - ・婦人科健診 ⇒ 子宮がん検診、乳がん検診(マンモグラフィ)ご希望の方はそれぞれ「○」をご記入いただき、受診日、会場をご記入ください(健診日と同じ場合は「同上」で結構です)
 - ・特殊健診 ⇒ ご希望の方は受診項目名をご記入ください(別紙項目一覧をご参照ください)

「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」をご確認ください

健康保険記号番号(下4桁)			カナ			性別	男 · 女	生年月日	西暦	年	月	日
90	35		氏名			電話番号						
郵便番号		住所										
受診希望日		会場				アスペスト (石綿)	特殊健診					
インフルエンザ 受診希望日		会場										
子宮がん検診		乳がん検診		受診希望日		会場						

健康保険記号番号(下4桁)			カナ			性別	男 · 女	生年月日	西暦	年	月	日
90	35		氏名			電話番号						
郵便番号		住所										
受診希望日		会場				アスペスト (石綿)	特殊健診					
インフルエンザ 受診希望日		会場										
子宮がん検診		乳がん検診		受診希望日		会場						

健康保険記号番号(下4桁)			カナ			性別	男 · 女	生年月日	西暦	年	月	日
90	35		氏名			電話番号						
郵便番号		住所										
受診希望日		会場				アスペスト (石綿)	特殊健診					
インフルエンザ 受診希望日		会場										
子宮がん検診		乳がん検診		受診希望日		会場						

■会社宛に送付を希望の場合、ご記入ください。

郵便番号		住所										
会社名				電話番号								