

秋の健診申込書

希望日時について第3～4希望まで①、②、③、④(10/15のみ)記入欄にご記入ください。

第1希望日に空がない場合、電話連絡いたします

開催日時	受付時間	記入欄	開催日時	受付時間	記入欄
10月15日(日) (午前)	9:00～9:45		10月15日(日) (午後)	13:00～13:45	
	9:45～10:30			13:45～14:30	
	10:30～11:00			14:30～15:00	

11月05日(日) (午前のみ)	9:00～9:45		11月12日(日) (午前のみ)	9:00～9:45	
	9:45～10:30			9:45～10:30	
	10:30～11:00			10:30～11:00	

申込日受付日

※じん肺・アスベスト対策および特定健診・特定保健指導事業に対し、X線フィルム・健診結果を使用することに同意し、申込金を添えて「秋の健診」に申し込みます。

年 月 日

※組合員番号について…建設国保に加入中の方は健康保険証の右上の「番号」を記入してください

組合員番号	34 — —	組合員との続柄	組合員本人・妻・子・()
カナ		建設国保の加入有無	受診者は建設国保に 加入している ・ 加入していない
受診者氏名	(男・女)	電話番号	— —
生年月日	S・H 年 月 日 (受診当日の年齢 歳)	携帯電話	— —
検査結果の郵送先	〒 — 郵送先が自宅以外の場合は事業所名なども記入してください → (事業所名:)		
基本料金	一般健診 ☐ 無 料 基本健診 ☐ 無 料 ☐ 6,600 円	オプション	☐ 前立腺がん (2,610 円) ☐ ピロリ菌 (1,560 円) ☐ B型肝炎 (1,980 円) ☐ 有機溶剤 (別紙参照) ☐ 子宮頸がん (2,200 円) ☐ 卵巣がん (2,750 円) ☐ 乳がん (2,750 円) ☐ 溶接ヒューム (1,870 円) ☐ 腫瘍マーカー (11,000 円)
FAX で申込の方で健診料等発生する方は、別紙振込先に振込願います。		合計金額	円

※組合員番号について…建設国保に加入中の方は健康保険証の右上の「番号」を記入してください

組合員番号	34 — —	組合員との続柄	組合員本人・妻・子・()
カナ		建設国保の加入有無	受診者は建設国保に 加入している ・ 加入していない
受診者氏名	(男・女)	電話番号	— —
生年月日	S・H 年 月 日 (受診当日の年齢 歳)	携帯電話	— —
検査結果の郵送先	〒 — 郵送先が自宅以外の場合は事業所名なども記入してください → (事業所名:)		
基本料金	一般健診 ☐ 無 料 基本健診 ☐ 無 料 ☐ 6,600 円	オプション	☐ 前立腺がん (2,610 円) ☐ ピロリ菌 (1,560 円) ☐ B型肝炎 (1,980 円) ☐ 有機溶剤 (別紙参照) ☐ 子宮頸がん (2,200 円) ☐ 卵巣がん (2,750 円) ☐ 乳がん (2,750 円) ☐ 溶接ヒューム (1,870 円) ☐ 腫瘍マーカー (11,000 円)
FAX で申込の方で健診料等発生する方は、別紙振込先に振込願います。		合計金額	円