

## 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
9月15日(日) (午前)	9:00～9:45		9月22日(日) (午前)	9:00～9:45	
	9:45～10:30			9:45～10:30	
	10:30～11:00			10:30～11:00	
10月05日(土) (午前)	9:00～9:45		12月08日(日) (午前)	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 年 月 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。

※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 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 15,000円 基本健診 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 6,600円	オプション	<input type="checkbox"/> 前立腺がん(2,610円) <input type="checkbox"/> ピロリ菌(1,560円) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1,980円) <input type="checkbox"/> 有機溶剤(別紙参照) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん(2,200円) <input type="checkbox"/> 卵巣がん(2,750円) <input type="checkbox"/> 乳がん(2,750円) <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム(1,870円) <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(11,000円) <input type="checkbox"/> アレルギー検査(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	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 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 15,000円 基本健診 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 6,600円	オプション	<input type="checkbox"/> 前立腺がん(2,610円) <input type="checkbox"/> ピロリ菌(1,560円) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1,980円) <input type="checkbox"/> 有機溶剤(別紙参照) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん(2,200円) <input type="checkbox"/> 卵巣がん(2,750円) <input type="checkbox"/> 乳がん(2,750円) <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム(1,870円) <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(11,000円) <input type="checkbox"/> アレルギー検査(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

送信先 FAX : 048-287-0068

メール : hatogaya@kensetsu.or.jp