

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14日(日) (午 前)	9:00～ 9:45		10月26日(日) (午 前)	9:00～ 9:45	
	9:45～10:30			9:45～10:30	
	10:30～11:00			10:30～11:00	
11月09日(日) (午 前)	9:00～ 9:45		11月16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 ※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	3 4 — —		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	
受診者氏名	(男 ・ 女)			加入している ・ 加入していない	
			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 ☐ 15,000 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)		
	基本健診 ☐ 無 料 ☐ 6,600 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)		
			□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	3 4 — —		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	
受診者氏名	(男 ・ 女)			加入している ・ 加入していない	
			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 ☐ 15,000 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)		
	基本健診 ☐ 無 料 ☐ 6,600 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)		
			□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