

扶養家族 人間ドック受検申込書(40歳以上)

阪和興業健康保険組合

| | |
|------------------|------------------|
| 健康保険者証 (記号)番号 | (被保険者名) ⑩ |
| フリガナ | (所属部課名・内線) |
| 受検者 (扶養家族氏名) | () |
| 生年月日 | |
| 住所 (問診票送付先) | (〒 -) |
| 連絡先 (電話番号) | |

| | |
|--|---|
| 受検希望場所 (○で囲んで下さい。) | 予防会(大阪総合健診センター) ・ 予防会(堺高島屋内診療所) コーナンメディカル(鳳) ・ 寿楽会 大野クリニック 聖授会(総合健診センター) ・ 聖授会(OCAT予防医療センター) 聖授会(フェスティバルタワークリニック) ・ MedCity21(あべのハルカス) |
| レディースドック 予防会(大阪)のみ選択 (毎週月曜日午後限定) | 希望する ・ 希望しない |
| 第一希望日 | 平成 年 月 日()曜日 |
| 第二希望日 | 平成 年 月 日()曜日 |
| 第三希望日 | 平成 年 月 日()曜日 |

【オプション検査(男子)】

| | |
|------------------------|--------------|
| 前立腺ガン検査(PSA) <50歳以上対象> | 希望する ・ 希望しない |
|------------------------|--------------|

【オプション検査(女子)】

| | |
|---------------|--------------------|
| 骨密度 (骨粗鬆症検査) | 希望する ・ 希望しない |
| 乳腺検査 (どちらか選択) | 超音波 ・ マンモグラフィ(1方向) |

<受検者記入欄> (補足があれば記入して下さい。)

<健保記入欄>

予約(/) TEL(/) 取消(/) 取直(/) 配布(/) 結果配布(/)