

指定医療機関用 婦人科検診申込書

※すべてご記入の上、健保に送付してください。 健保コード：56404005

申込日 年 月 日

健康保険証			
記号		番号	
氏名			氏名カナ
生年月日	S・H	年	月 日
電話番号		会社・携帯（どちらかに○）	
※必ず日中連絡のとれる番号をご記入ください			
住所	〒		
希望の医療機関 ※			
(健保記入欄) コードNO			
医療機関名			
受診希望日			
第一希望	月	日	()
第二希望	月	日	()
第三希望	月	日	()
いつでもよい場合こちらに○→			

※受診希望日は申込日より1ヶ月以上先の日付をご記入下さい。

検査申込内容 番号に○	
1	子宮頸がん検診
2	乳がん マンモグラフィ
3	乳がん 超音波
4	乳がん マンモと超音波（両方）
5	骨密度測定（単独受診不可）

送付先： ・ 社内便の場合→ケンポ 不破 宛

・ 郵送の場合は以下の宛先

〒456-0031愛知県名古屋市熱田区神宮二丁目3-30

大同特殊鋼健康保険組合 不破 行

※医療機関リストは各事業所の担当者に配布していますのでご確認の上ご記入下さい。

ご注意

☆指定医療機関以外で受診希望される場合はご自身で予約をお取り下さい。