

特定健診申込書

〒107-0052
東京都港区赤坂2丁目17番17号
メディカルスクエア赤坂
健診センター
TEL 03-3585-0365
FAX 03-3585-0366

*** 港区がん検診を受診される場合は、特定健診と同日受診のみ承っておりますのでご注意ください。**

加入の健康保険組合		健康保険組合		
会社名		TEL		
受診日時		平成 年 月 日()		
受診者	保険証 記号・番号			
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	歳	男・女
	自宅住所	〒		
	電話番号		FAX	
港区がん検診 同日受診	希望する		希望しない	
オプション検査 (頭部CT検査など)				
女性の方で婦人科受診 される方(検査項目)	子宮頸がん検査・乳腺触診・乳房X線(マンモグラフィー)・乳腺超音波			

* ご受診の際お持ちいただく書類・結果報告書等は、原則ご自宅宛てに郵送いたします。
* お申し込みされるオプション検査は当日支払いとなりますので前もってご了承下さい。

(備考)

お申込み有難うございました。

当日は特定健診受診券と保険証をお持ち下さい。

港区がん検診をご希望された場合は、がん検診受診券も一緒にお持ち下さい。

特定健診受診券がお手元に無い場合は、ご加入の健康保険組合までお問い合わせ下さい。