

2025年度 健康診査申込書

申込日：20 年 月 日

希望診療所に○印をつけてください

うのき診療所

大森中診療所

京浜診療所

健診希望日	フリガナ氏名	性別	生年月日	年齢	電話番号	住 所	国保番号 (保険証参照)	組合員本人 (○印を)	特定健康診査 受診券整理番号	オプション検診(有料) 希望検査に○印を
月 日 ()		男・女	昭和 ・ 平成	歳	()	〒 —	91-15の次の 5桁の番号記入 土建国保未加入者 は実費8,740円		受診券に記載されている 11桁の整理番号を記入	1、大腸がん(※) 2、眼底検査 3、胃がん 4、前立腺がん 5、骨密度 6、有機溶剤
	年 月 日									
月 日 ()		男・女	昭和 ・ 平成	歳	()	〒 —	91-15の次の 5桁の番号記入 土建国保未加入者 は実費8,740円		受診券に記載されている 11桁の整理番号を記入	1、大腸がん(※) 2、眼底検査 3、胃がん 4、前立腺がん 5、骨密度 6、有機溶剤
	年 月 日									
月 日 ()		男・女	昭和 ・ 平成	歳	()	〒 —	91-15の次の 5桁の番号記入 土建国保未加入者 は実費8,740円		受診券に記載されている 11桁の整理番号を記入	1、大腸がん(※) 2、眼底検査 3、胃がん 4、前立腺がん 5、骨密度 6、有機溶剤
	年 月 日									

受診希望日の2週間前までに申し込み下さい。(申し込み状況により、受診希望日が変更となる場合もあります)

必要事項を記入し受診を希望する診療所にFAXまたは郵送してください。 * 電話のみの申し込みはできません。

※ 受診券は新保険証と一緒にしているので、受診当日、「受診券」と「保険証」を切り離さずに医療機関にお持ちください。

※ 受診券を紛失された方は、支部事務所で再発行の手続きをして下さい。

※ オプション検診は定員制ですので、あらかじめ予約が必要です。費用は検診日当日にお支払いください。

※ 40歳以上の組合員・家族の方は大腸がん検診(便潜血検査)が無料で実施できます。

大田病院附属うのき診療所
大田区鵜の木3-13-10
FAX:03-3750-5487