

婦人科検診申込書

記 号 番 号	—	事 業 所 名	
フリガナ 被保険者氏名		電 話 番 号	() 必ずつながる番号をご記入ください。
フリガナ 受診者氏名		受診者の生年月日	昭和 平成 年 月 日
自 宅 住 所	〒		
希 望 す る 健診機関に○印	石和温泉病院クアハウス石和 / 山梨厚生病院予防医学センター(山梨市) / 山梨県厚生連健康管理センター(甲府市)		
希 望 す る コースに○印	乳腺エコー (40歳未満の方推奨) / マンモグラフィー (40歳以上の方推奨)		
希 望 日	第1希望 月 日 () 第2希望 月 日 () ※ご希望に添えない場合がありますので、必ず第2希望までご記入ください。		

検診日が決定しましたら決定通知を送付させていただきますので、FAX番号をご記入ください。

FAX番号 _____ ()

※日程等について直接連絡する場合がありますため、必ずつながる電話番号をご記入ください。

下記の通り検診日が決定しましたので、通知いたします。

※ 受診日確定後の変更につきましては、ご自身で直接検診機関に日程変更をしていただき、変更後当組合にご連絡ください。

受 診 者 氏 名		決 定 日	月 日
健 診 機 関 名	石和温泉病院クアハウス石和 / 山梨厚生病院予防医学センター(山梨市) / 山梨県厚生連健康管理センター(甲府市)		

令和 年 月 日

〒406-0034 笛吹市石和町唐柏 1000-7
 山梨県自動車販売整備健康保険組合
 TEL : 055-263-1651 FAX : 055-263-1652