

関西健康管理センター 健康診断申込書

天満橋センター内

健診希望日の14日前までにお申し込みください。

■健診コース

※ご希望のコースに✓印をご記入ください。

家族健診	プレシャスコース
スマートドック	被保険者氏名 ※ご紹介者をご記入ください。
生活習慣病健診	
定期健康診断	※下記、被保険者証(記号・番号)と事業所名の記入は不要です。

■健診希望日

※第三希望までご記入ください。

<第一希望>	年	月	日	午前・午後
<第二希望>	年	月	日	午前・午後
<第三希望>	年	月	日	午前・午後

■オプション検査

※ご希望の検査に✓印をご記入ください。

①腫瘍マーカー検査	②甲状腺機能検査	③NT-proBNP検査
④ABC検診(胃癌リスク)	⑤ピロリ抗体検査	⑥アレルギー検査
⑦ロックス・インデックス検査	⑧大腸がんリスク検査	⑨すい臓がんリスク検査
⑩血圧脈波検査	⑪腸内フローラ検査	⑫胃内視鏡検査
⑬マンモグラフィー検査	⑭乳房超音波検査	

注意事項

次の検査は事前に「電話予約」が必要です。※検査枠に限りがあります。

⑫胃内視鏡検査 実施日 火、水、木の午前 ※確認事項：服薬の有無

⑬マンモグラフィー検査 実施日 月～金の午前・午後

⑭乳房超音波検査 実施日 月～金の午前・午後

被保険者証	記号	7 1 -	番号
事業所名			
ご住所 〒 -			
連絡先	自宅	()	
※日中連絡がとれる番号	携帯	()	
フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日(西暦)	年	月	日 (歳)

全国土木建築国民健康保険組合
 関西健康管理センター
 TEL 06-6942-6412 / FAX. 06-6942-6249