

中建国保 令和8年度 集団健診申込書

1、申込者情報 (必ず記入して下さい。記号番号は保険証に記載されている10桁の数字です。)

| | | | | | |
|---|-----------------------------|-----|-----------------|--|--|
| 記号 | 90-1501 | 番号 | | | |
| フリガナ | | 男・女 | 組合員・家族 | | |
| 申込者氏名 | | | ↑どちらかに○印をつけて下さい | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (歳) | | | | |
| 案内・結果等 送付先住所 (事業所の場合は 事業所名も記入) | (〒 -) 新潟県 | | | | |
| 電話番号 | ※携帯等、受診者本人に連絡のとれる番号をお書き下さい。 | | | | |

2、日時会場 (3週間以上先の日程をご記入ください。)

| 希望会場 | 希望日 |
|------|-------------------|
| | 第一希望 令和 年 月 日 () |
| | 第二希望 令和 年 月 日 () |

3、追加項目 (希望者は受診可能な日時、会場を確認して○印をつけて下さい。)

| | ○をつけて下さい | 新潟市受診券使用 |
|------------------------|----------|----------|
| 胃がん検診(X線デジタル撮影) 8,800円 | | |
| 乳がん検診(マンモグラフィ) 5,500円 | | |
| 子宮がん検診 4,400円 | | |

※がん検診はお住まいの市町村の受診券を使用することによって安く受診できる場合があります。詳しくは各自治体にお問い合わせ下さい。

※別紙チラシ健診ぷらす(有料)の事前予約は不要です。当日、受付で申込みください。

※日時の決定は事前に送付させていただく受診資料にて通知させていただきます。調整がつかない場合は、お電話させていただきます。

| | |
|--|-------------------------------------|
| 人間ドック(44,000円～)の方を希望される方は別途ご案内いたしますので右欄に☑、1、2を記入の上、返送ください。人間ドックは当日、費用を全額お支払いいただき、後日、補助金申請をする必要があります。 | <input type="checkbox"/> 人間ドックの方を希望 |
|--|-------------------------------------|

| |
|-----|
| その他 |
|-----|