

# 平成30年度 日曜健診

(申込期限:9月28日(金))

## 中建国保 集団健診申込書

1、申込者情報 (1枚につき1名分を記入。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			
申込者氏名					組合員・家族 ↑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)
ご住所	(〒 - ) 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

会場	日時
川岸町集団健診センター 新潟市中央区川岸町1-39-5	10月28日(日) 受付時間 9:00~11:00

3、追加項目 (胃がん検診希望者、及び新潟市がん受診券を使用する場合は○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線直接撮影希望) 12,960円		
胃がん検診(X線間接撮影希望) 4,752円		※使用不可

※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。  
詳しくは各自治体までお問い合わせ下さい。

※日曜健診では婦人科検診(乳がん・子宮がん)は実施していません。

**受診希望者は9月28日(金)までに、この申込書を中建国保新潟県支部(ユニオン)へお送りください。(FAX 025-287-3081)**

※日曜健診については、申込先が労働衛生医学協会ではなく中建国保新潟県支部になります。