

令和8年度 日曜健診 (申込期限 : 9月18日(金))

中建国保 集団健診申込書

1、申込者情報 (必ず一人1枚ずつ記入ください。2人以上申込まれる場合はこの申込書をコピーしてお使いください。記号番号は資格確認書または資格情報のお知らせに記載されている10桁の数字です。)

記号	90-1501	番号					枝番	
フリガナ							男・女	組合員・家族
申込者氏名								
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

会 場	日 時
新潟健診スクエア 新潟市西区北場1185-3	10月18日(日) 受付時間 8:30~11:00 ※新型コロナウイルス感染予防のため受付時間を細かく区切ります。各自の受付時間は受診案内に記載します。

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線デジタル撮影) 8,800円		

※胃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)は実施しておりません。

※ 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。

受診希望者は9月18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の場合は必ず送信確認をして下さい。)

〒950-0855 新潟市東区江南2-6-2 コーポ野沢D号室 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。