

郵便はがき

料金受取人払

1 6 6 8 7 9 0

杉並局承認

1014

差出有効期間
令和6年3月
31日まで

(受取人)
東京都杉並区阿佐谷南一―十四―一号

一般財団法人 日本健康文化振興会
全国健診部 行



受診申込書

申込日 月 日

健康 コード	2 4 6 4 1 0 0 1	健康名	オエノンホールディングス健康保険組合		
ご案内文書の内容を確認・承諾し、下記の通り申込み致します。					
健康保険証 記号・番号	記号	番号			
氏 名	フリガナ				性 別
					1. 男 2. 女
生年月日	S・H	年	月	日	満 歳
日中連絡先 (電話番号)					
住 所 (漢字で)	〒	-			
希望 医療 機関 名	コード No.				
検査 申 込 内 容	男性	生活習慣病健診 基本検査 ※胸部X線、胃部X線、大腸便潜血(35歳以上)、PSA(50歳以上)を含む			
	女性	生活習慣病健診 基本検査 ※胸部X線、胃部X線、大腸便潜血(35歳以上)、子宮頸部細胞診、乳房検査を含む			
		【女性のみ】希望する乳房検査に○をつけてください。			
		<input type="radio"/> 乳房マンモグラフィ ←			
		<input type="radio"/> 乳房エコー ←			
※未選択時は乳房エコー検査が優先となります。 また、医療機関名簿にて実施可能な検査かご確認ください。					
受診 希望 日	第1希望	月	日		
	第2希望	月	日		
	第3希望	月	日		
		<input type="radio"/> 特に希望日なし(いつでも良い) ↑			

どちらか1つ選んでください。

申込日より30日以上先の日を記入してください。