郵便はがき

料金受取人払郵便

郡山局承認

5396

差出有効期間
令和８年３月
31日まで

９６３-８７９０

（受取人）
福島県郡山市虎丸町二十一－十
ＥＭＥ郡山ビル５Ｆ

一般財団法人 日本健康文化振興会

郡山オペレーションセンター 行

受診申込書

申込日　　月　　日

健保コード	2 4 6 4 1 0 0 1	健保名	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	コードNo.	
	医療機関名	
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。	
	◯	乳房マンモグラフィ
	◯	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（　）	
	◯	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。