

IHIグループ総合健診 指定医療機関での健診申込書

健診委託先
(財) 日本健康文化振興会

申込み日 ____年 ____月 ____日 ★記入もれのないように、特に希望医療機関名・住所・名前・電話番号は正確にご記入ください。

健保コード	2	0	4	9	0	健保名	IHIグループ健康保険組合															
保険証	記号					番号					希望医療機関	コードNo.										
名前	(フリガナ)					性別	医療機関名															
							A. 基本検査 (全員受診) B. 選択できる検査 (希望する検査に○をする)															
生年月日	(和暦)					検査申込み内容	1	肺がん	胸部X線		希望する場合に○	20歳以上										
電話番号	— —						2	乳がん	超音波		どちらか1つに○	女性：20歳以上										
							3		マンモグラフィ													
住所	〒 —						4	子宮がん	子宮頸部細胞診		希望する場合に○	40歳以上										
							5	胃がん	X線		どちらか1つに○											
							6		ペプシノーゲン (血液検査)													
							7	大腸がん	便潜血		希望する場合に○		女性：40歳以上									
					8		骨粗しょう症	骨密度		男性：50歳以上												
					9		前立腺がん	PSA (血液検査)														
							受診希望日	第1希望				月	日	()								
								第2希望				月	日	()								

【送付および問い合わせ先】

〒135-0061 東京都江東区豊洲3-1-1豊洲IHIビル
IHIグループ健康保険組合 健康推進グループ
TEL 03-6204-8401