

I H I 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 2019 年 5 月 10 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	1 2 3 4			番号	5 6 7 8 9 0			希望 医療 機関	コード No.		1	2	3	4	5	6	7	8			
名 前	(フリガナ) ケンボ ハナヨ						性別	女	医療機関名		健康クリニック												
	健保 花代								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) 4 0 年 1 2 月 1 1 日 5 1 歳																						
電話 番号	0 3 — 1 2 3 4 — 5 6 7 8																						
住 所	〒 1 3 5 — 0 0 0 1																						
	東京都江東区豊洲 1 0 - 1 0 - 1 0																						
	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																
		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																					
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		ペプシンノーゲン (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	○																				
9	前立腺がん	P S A (血液検査)			男性：50歳以上																		
受診 希望 日	第1希望 6 月 21 日 (金)																						
	第2希望 6 月 28 日 (金)																						

【 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 I H I ビル
I H I グループ健康保険組合 健康推進グループ
T E L 0 3 - 6 2 0 4 - 8 4 0 1