

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) ケンポ ハナヨ					性別	女	医療機関名 健康クリニック						
生年月日	(和暦) 40 年 12 月 11 日 51 歳				検査申込内容	A. 基本検査 (全員受診)								
電話番号	03 - 1234 - 5678					B. 選択できる検査 (希望する検査に○をする)								
住所	〒 135 - 0001 東京都江東区豊洲 10-10-10					1	肺がん	胸部X線	<input type="checkbox"/>	希望する場合に○	20歳以上			
	2	乳がん	超音波	<input type="checkbox"/>		どちらか1つに○	女性：20歳以上							
	3		マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>										
	4	子宮がん	子宮頸部細胞診	<input type="checkbox"/>		希望する場合に○	40歳以上							
	5	胃がん	X線	<input type="checkbox"/>		どちらか1つに○								
	6		ペプシノーゲン (血液検査)	<input type="checkbox"/>										
	7	大腸がん	便潜血	<input type="checkbox"/>		希望する場合に○					女性：40歳以上			
	8	骨粗しょう症	骨密度	<input type="checkbox"/>										
	9	前立腺がん	P S A (血液検査)	<input type="checkbox"/>										
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
IHIグループ健康保険組合 健康推進グループ
TEL 03-6204-8401