

受診希望日の2週間前までに申し込み下さい。（申し込み状況により、受診希望日が変更となる場合もあります）

必要事項を記入し点線で切り取ってから 受診を希望する診療所にFAXまたは郵送してください。 *電話のみの申し込みは不可

* 受診券は新保険証と一緒にっているので、受診当日、「受診券」と「保険証」を切り離さずに医療機関にお持ちください。

* 受診券を紛失された方は、支部事務所で再発行の手続きをして下さい。

* オプション検診は、あらかじめ予約が必要です。費用は検診日当日にお支払いください（実施不可の日があります 各医療機関に事前に問い合わせください）。

足りない場合は、
コピーしてください

↓キリトリ線

2025年度 健康診査申込書

申込日： 年 月 日

2025年度

希望診療所に○印をつけてください ①大森中診療所 ・ ②うのき診療所

大田支部の組合員専用様式です ③京浜診療所 ・ ④ぜんにほん健診クリニック大森ベルポート

⑤あきもと佳内科クリニック ・ ⑥牧田総合病院人間ドック健診センター

⑦牧田総合病院健診プラザOmor i

★平日（月～金曜日）
2025年4月～
2026年3月末日

★第3日曜日
①、②、③の医療機関のみ
実施。2025年4月～
2026年3月の各月の第3
日曜日の午前中
・・・第3日曜の健診実施
機関については健診の案内
をご確認ください！

* 受診後に特定保健指導の通知が届いた場合は、必ず利用をしてください！！

健診希望日	フリガナ氏名	性別	生年月日	年齢	電話番号	住 所	国保番号 （保険証参照）	組合員本人 （○印を）	特定健康診査 受診券整理番号	オプション検診（有料） 希望検査に○印を
月 日（ ）		男・女	昭和・平成	歳	（ ）	〒 —	91-15の次の 5桁の番号記入		受診券に記載されている 11桁の整理番号 を記入	1、大腸がん 2、眼底検査 3、胃がん 3-2、胃がん胃カメラ 大森中のみ 4、前立腺がん 5、乳がん（マンモグラフィ） 6、乳がん（乳腺エコー） 7、子宮がん 8、腹部エコー 9、骨密度 10、有機溶剤 11、インフルエンザ 予防接種
			年 月 日							
月 日（ ）		男・女	昭和・平成	歳	（ ）	〒 —	91-15の次の 5桁の番号記入		受診券に記載されている 11桁の整理番号 を記入	1、大腸がん 2、眼底検査 3、胃がん 3-2、胃がん胃カメラ 大森中のみ 4、前立腺がん 5、乳がん（マンモグラフィ） 6、乳がん（乳腺エコー） 7、子宮がん 8、腹部エコー 9、骨密度 10、有機溶剤 11、インフルエンザ 予防接種
			年 月 日							
月 日（ ）		男・女	昭和・平成	歳	（ ）	〒 —	91-15の次の 5桁の番号記入		受診券に記載されている 11桁の整理番号 を記入	1、大腸がん 2、眼底検査 3、胃がん 3-2、胃がん胃カメラ 大森中のみ 4、前立腺がん 5、乳がん（マンモグラフィ） 6、乳がん（乳腺エコー） 7、子宮がん 8、腹部エコー 9、骨密度 10、有機溶剤 11、インフルエンザ 予防接種
			年 月 日							

— ぜんにほん健診クリニック大森ベルポート
* 下記休診日以外の平日の午前・午後*土曜日は不定期実施
* 休み＝日曜日と祝祭日。
* 女性限定日の設定があります（男性は健診を受けられません）。月によって回数は異なります。
* 全ての受診希望者は希望日が決まったら健診クリニックにお問合せください。

キリトリ線