

《 特定健診受診申込書 》

申込日	2025年 月 日 ()		ジェイティ健康保険組合【28919002／009】	
健康保険証 記 号	3桁	健康保険証 番 号	1～7桁	※『06138721』は『番号』ではありません
フリガナ	姓		名	
氏 名				
生年月日	昭和 年 月 日 歳 ※年度年齢 平成			性 別 男 ・ 女
電話番号 (日中の連絡先)	- -		回線 ※いずれかに○ 携帯 ・ 自宅 ・ 会社	連絡希望の時間帯があれば記入 ※平日9:00～17:30の間に限る
電話番号	- -		回線 ※いずれかに○ 携帯 ・ 自宅 ・ 会社	
住所	〒 - ※ビル・マンション名は必ず記入してください			
オプション 検査 希望する項目 に○	ご希望の方はお申込みください（医療機関や状況により実施できない場合があります／申込後の追加にご対応できない場合があります）			
	胸部X線		大腸便潜血反応	
	胃部X線		眼底	
	子宮頸部細胞診		聴力	
	乳房マンモグラフィ ※医療機関により視触診が必須。または実施しない場合があります		腹部超音波	
	乳房エコー ※医療機関により視触診が必須。または実施しない場合があります		前立腺（PSA） ※男性のみ	
受診希望 医療機関	コード番号（8ケタ）【28919002】		医療機関名称	
受診希望 健診会場	コード番号（9ケタ）【28919009】		健診会場名称	
受診希望日	受診期間【～2026年1月31日】※申込日より2週間以上先の日付を記入			
	① 月 日 ()		② 月 日 ()	
	③ 月 日 ()		□ ←具体的な希望日がない方は✓	
(仮予約日時)	月 日 () 受付時刻 時 分 仮予約時 医療機関担当者名 ※医療機関リストに電話番号が記載されている施設は、仮予約可能です。仮予約した場合のみ記入ください。			
連絡備考欄	※特記事項のある場合はご記入ください			

特定健診受診申込書の送付先→
右の住所を切り取って
お使いください

〒 963-8790
福島県郡山市虎丸町 21-10 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