

《 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 平成	月	日	歳	※年度年齢	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			
	どちらか ひとつ	乳房マンモグラフィ <small>※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</small>			腹部超音波			
		乳房エコー <small>※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</small>			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								

➤ キトリ線

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