

《 女性のためのがん検診 受診申込書 》

申込日	2025 年 月 日		ジェイティ健康保険組合【28919003】	
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 平成		年 月 日	歳 ※年度年齢
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
検査項目 希望する項目に ○	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			
		子宮頸部細胞診		
	どちらか ひとつ	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		
	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			
受診希望 医療機関	コード番号 (8ケタ)		医療機関名称	
受診希望日	受診期間【～2026年1月31日まで】※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			

【郵送先】

〒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