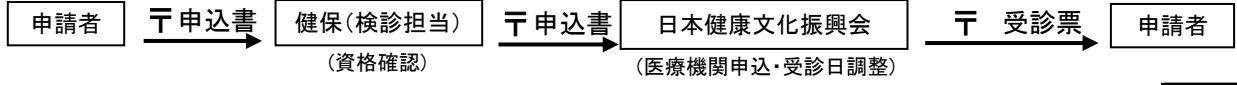


健保コード 2 8 9 1 9 0 0 3



〒105-6927
東京都港区虎ノ門4-1-1 神谷町トラストタワー26階
ジェイティ健康保険組合 女性がん検診担当 宛

提携プラン受診申込書

受付No.

※検診案内文書の内容を確認・承諾し、下記のとおり受診の申込みをいたします。
女性のための申込みとなります。

申込締切日: 2021年11月30日(火)【必着】

2021年度 女性のためのがん検診(乳房・子宮頸部)受診申込書

【提携プラン】で受診希望される方のみご提出ください。
【フリープラン】での受診希望者は、当申込書の提出の必要はありません。受診終了後、領収書(原本)とP4の「2021年度 女性のためのがん検診 補助金申請書」をご提出ください。

保険証記号		保険証番号	
受診者氏名		続柄	(生年月日) 年度年齢
		1. 本人	昭和 年 月 日 ()
		2. 家族	平成
勤務先会社名(所属部署)	※任意継続被保険者及びご家族(被扶養者)は記入不要		
電話番号	受診日調整【日中連絡が取れる電話番号】 (自宅/職場/携帯/会社担当) いずれかに○ - - ※「会社担当」の場合は、部署名や担当者名もご記入ください。		
住所	〒 - - ※勤務先を送付先住所とする方は、会社名、部署名もご記入ください。		

受診希望医療機関コード		※提携医療機関名簿の「医療機関コード」(8桁)と「医療機関名」を記述
受診希望医療機関名		

受診希望検査項目 希望検査項目の番号を○で囲んでください。 ※2の場合、□を選択	1 子宮頸部細胞診検査
	2 乳房検査 ※触診セットの医療機関もごございますのでご了承下さい。 □ マンモグラフィー検査 } どちらか片方のみ <input checked="" type="checkbox"/> 選択 □ エコー検査

受診希望日	※申込日より30日以上先の日をご記入ください。		
	第1希望	年	月 日 ()
	第2希望	年	月 日 ()
	第3希望	年	月 日 ()

連絡メモ	
------	--

注意事項
・受診希望者が被保険者(社員)の場合、受診日当日の服務上の取扱については、事業主(会社)にご確認ください。

◆郵送された申込書に関しましては、検診に係る手続きを目的として使用し、当該目的以外に使用することはございません。また、ご提供いただいた個人情報は、委託先に対してのみ提供し、他の第三者には提供いたしません。