

スタッフ使用欄

ID

受診日

発送日

FAX送信先

八戸西健診プラザ

FAX : 0178-29-4365

※申込期限 9月30日 期限厳守でお願いします。

★受診券添付必須★

 健診申込書 受診券

◆公立学校共済組合青森支部 健診申込書◆

太枠内ご記入ください

申込者情報 (被保険者用)

ふりがな 氏名 / 性別		男・女	生年月日	S・H
住所	〒			
連絡先 平日(8時~17時)	① (職場・携帯) (その他)		② (職場・携帯) (その他)	
保険証情報	【記号】 公立青森 【番号】 _____ 保険証番号をご記入ください			
希望コース・項目 受診券に記載ある項目のみ補助対象		希望日 申込日から3週間以上先のお日にちを第5希望日まで ご記入ください(お盆・年末年始は休館)		
<input type="checkbox"/> 一日ドック	※ 乳がん・子宮がん検診 含まれておりません	①		
<input type="checkbox"/> ヤングヘルスチェック		②		
<input type="checkbox"/> 脳健診		③		
<input type="checkbox"/> 乳房超音波検診	基本平日午後の予約となります	④		
<input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィ)	R7年度未受診者 (40歳以上)	⑤		
<input type="checkbox"/> 子宮がん検診	R7年度未受診者	●備考● 要望等あればご記入ください 例) 朝一希望、〇時頃希望		
・希望する項目にチェックしてください				

●注意事項●

乳がん、子宮がん検診のみ・脳健診のみの方は午後からの受診となります。

希望日でお取りできなかった場合、日中連絡先へお電話いたします。日程決定次第、問診票を送付します。

問診票にて日時の確認をお願いします。申し込み後2週間たっても問診票が届かない場合は、西健診プラザまでお問い合わせください。お盆、年末年始は休館となります。

当日は受診券とマイナ保険証等(保険証情報確認できるもの)を忘れずにご持参ください。