

# 令和8年度 公立学校共済組合青森支部 健診申込書

申込み先 鳴海病院健康管理センター FAX: 0172-34-1216

申込書を記入後、お持ちの受診券と一緒にFAXをお願いいたします

申込期間 6月8日(月)～9月30日(水)

受診期限 2027年3月12日(金)

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

保険証 \_\_\_\_\_ 公立青森 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 区分 本人・家族(被扶養者) \_\_\_\_\_ 記号 \_\_\_\_\_

※いずれかに○をつけてください

〒 \_\_\_\_\_

自宅住所 \_\_\_\_\_

\*平日の日中、連絡が取れる電話番号

( 職場 )

( 携帯 )

連絡先 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

## 受診コース

※希望するコースと項目に☑をつけてください(受診券に記載のある項目のみ補助対象です)

⇒1日ドックには乳がん・子宮がんは含まれていません

・一日ドック

脳検診

ヤングヘルスチェック

胃省略

胃部X線

経口胃カメラ (月・木)

乳がん検診

子宮がん検診

\*1

(マンモグラフィ)

(火・水・木)

## 希望日

申込日から4週間以上あけた日程をご記入ください

第一希望 年 月 日( ) 第二希望 年 月 日( ) 第三希望 年 月 日( )

第四希望 年 月 日( ) 第五希望 年 月 日( )

### ◆注意事項◆

\*1 胃カメラの予約は10月以降となります。

脳検診・乳がん検診・子宮がん検診のみ受診の方は午後となります。

日程は、案内の発送をもってお知らせいたします。

(案内はFAXでのお申し込みから約3週間後に発送となります。案内が届きましたら日程の確認をお願いいたします。)

※スタッフ記入欄

お問合せはFAXへお願いいたします。

鳴海病院健康管理センター

FAX: 0172-34-1216

ID	
受診日	/ ( ) 発送日