

# 年度健康診断申込書

1

事前送付物、健診結果の送付先を記入してください。

|          |                |       |
|----------|----------------|-------|
| 住所・名称    | 所在地            | 〒     |
|          | 名称<br>(事業所申込み) | 担当者名: |
|          | 電話番号           |       |
| 加入健康保険組合 | 保険者番号          |       |
|          | 保険者名称          |       |

※太枠内をご記入願います

2

※「窓口支払」または「会社請求書支払」のどちらかに☑をつけてください。

窓口支払

会社請求書支払



請求書送付先が左記と異なる場合は記入してください。

|      |   |
|------|---|
| 所在地  | 〒 |
| 宛名   |   |
| 電話番号 |   |

## <返送先>

公益財団法人 宮城県対がん協会  
がん検診センター  
ドック推進課 宛

〒980-0011

宮城県仙台市青葉区上杉5丁目7-30

TEL 022-263-1528(月曜～金曜 9:00～17:00)

FAX 022-262-3775

MAIL: dock@miyagi-taigan.or.jp

URL: https://www.miyagi-taigan.or.jp

| 健診機関<br>記入欄 | フリガナ | 保険証記号 | 本人・<br>家族 | 性別 | 生年月日(和暦) | 希望する健診 | 健診と併せて受診する<br>場合は○で囲んでください   | 希望するオプション検査 | 希望月日 | 備考 |
|-------------|------|-------|-----------|----|----------|--------|--|-------------|------|----|
|             | 氏名   | 保険証番号 |           |    |          |        |  |             |      |    |
|             |      |       |           |    | 年 月 日    |        | <input type="checkbox"/> 節目年齢付加健診<br><input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |             |      |    |
|             |      |       |           |    | 年 月 日    |        | <input type="checkbox"/> 節目年齢付加健診<br><input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |             |      |    |
|             |      |       |           |    | 年 月 日    |        | <input type="checkbox"/> 節目年齢付加健診<br><input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |             |      |    |
|             |      |       |           |    | 年 月 日    |        | <input type="checkbox"/> 節目年齢付加健診<br><input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |             |      |    |
|             |      |       |           |    | 年 月 日    |        | <input type="checkbox"/> 節目年齢付加健診<br><input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |             |      |    |
|             |      |       |           |    | 年 月 日    |        | <input type="checkbox"/> 節目年齢付加健診<br><input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |             |      |    |

※乳がん検診について、39歳以下の方は超音波(エコー)、40歳から64歳までの方はマンモグラフィ2方向、65歳以上の方はマンモグラフィ1方向となります。

※節目年齢以外の方もご希望により付加健診同様の検査を受けることができます。

※健康保険組合、各種団体により補助金制度が異なりますので詳しくは所属健康保険組合、または勤務先ご担当者にお尋ねください。