新電元工業健康保険組合　　家族健診　　受診申込書

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 御中
ＦＡＸ：０２４－９５４－８１７２

【申込締切日】
６月３０日(月)
必着厳守

健保名	新電元工業健康保険組合					健保コード	40歳以上：43145001 40歳未満：43145002				
フリガナ						生 年 月 日					
氏　名						Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日（　　才）					
保険証	記 号			番 号						性別	男　・女
住所	〒										
携帯電話番号						日中に必ず連絡が取れる電話番号					
コードNo.											
希望医療機関名											
受診期間　：　2025年5月～2025年12月31日											
第１希望受診日			第２希望受診日			第３希望受診日					
月　　日			月　　日			月　　日					
						特に希望日なし（いつでも良い）					

検査内容	基本検査　（全員受診）		
	生活習慣病健診（胸部X線・聴力 含む）		
	希望検査　（受診したい検査の番号に〇をする）		
	1	子宮頸部細胞診	
	2	いずれか一つを選択	乳房マンモグラフィ
	3		乳房超音波

- 希望受診日は申込日より３０日以上先の日を記入してください。
- 記入もれが無いようご記入ください。
- 年齢は年度末（翌年3月31日）現在の年齢をご記入ください。
- 乳がん検査は医療機関名簿でご確認のうえ「２」か「３」に〇をしてください。
- 医療機関によっては乳房視触診検査を実施する場合があります。
- 希望医療機関名、保険証記号・番号は必ず記入してください。
- 受診日は必ずしもご希望に添えるとは限りません。その場合、日本健康文化振興会より電話・SMS等で代替の日程をご連絡いたします。予めご了承ください。
- ご記入いただいた個人情報は、当健保の保健事業以外の目的には使用いたしません。

【ご郵送いただく場合の送付先】
〒963-8014　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