

## 健康診断申込用紙

當會記入欄

申し込み内容については、健康診断以外の目的で使用することは一切ありません。

※インターネットからお申し込みいただいた方は、この申込用紙の送付は不要です。

※保険証枝番のご記入は不要です。

【必要事項(もれなくご記入ください)】

健康保険組合の名称		兵庫トヨタ自動車健康保険組合										2025年	302	
保険証の記号・番号		記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
受 診 者	フリガナ											性別	<input type="checkbox"/> 男	
	氏名 (保険証の記載氏名)												<input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	年齢	歳	※ 2026年(来年)3月31日時点の年齢をご記入ください						
	住所	郵便番号	-			都道府県								
	市区町村名													
	番地													
	マンション名など													
	連絡先	電話	-											
		日中連絡先	-											
被 保 険 者	勤務事業所名													
	氏名													

■希望会場（「健康診断会場一覧」をご覧ください。会場コード・会場名・希望日を必ずご記入ください）

※会場コード 201、239、280、401、420、480をご希望の方は会場コード・会場名のみ記入し、希望日は空白で提出してください。

後日、ご自身で健診日を予約していただきます。

提出、ご自身で健診日を予約していただけます。							
	実施会場コード				会場名		希望日
第一希望							月 日
第二希望							月 日
第三希望							月 日

■オプション検査項目(ご希望の検査にレ印をつけてください)

※乳房検査についてまして、どちらかの検査方法をお選びください。重複して受診することはできません。

※乳房検査(マンモグラフィ法)は実施していない会場がございますので、「健康診断会場一覧」にて実施の可否をご確認願います。

	項目名	コード
<input type="checkbox"/>	乳房検査（超音波検査法）	重複不可 301
<input type="checkbox"/>	乳房検査（マンモグラフィ法）	303
<input type="checkbox"/>	子宮検査（頸部細胞診）	402
<input type="checkbox"/>	胃部検査（胃部X線撮影法）	200
<input type="checkbox"/>	大腸検査（便潜血検査2回法）	504
<input type="checkbox"/>	骨粗鬆症検査	601

336

