

健康診断申込用紙

当会記入欄

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"/> <input type="text"/>						被保険者からみた続柄			
受診者	フリガナ												性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 2. 配偶者 <input type="checkbox"/> 3. 配偶者以外の家族	
	氏名 (保険証の記載氏名)																
	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								
	市区郡町名																
	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。

	実施会場コード								会場名				希望日	
第一希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					月 日	
第二希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					月 日	
第三希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					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)

※乳房検査につきまして、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)	3 0 1
<input type="checkbox"/>	乳房検査(マンモグラフィ法)	3 0 3
<input type="checkbox"/>	子宮検査(頸部細胞診)	4 0 2
<input type="checkbox"/>	胃部検査(胃部 X 線撮影法)	2 0 0
<input type="checkbox"/>	大腸検査(便潜血検査 2 回法)	5 0 4
<input type="checkbox"/>	骨粗鬆症検査	6 0 1

336