

## 令和6年度《春季》婦人生活習慣病予防健診申込書

健保コード	健 保 名 称
13-600	東京都金属プレス工業健康保険組合

【問い合わせ・申込み先】 〒130-8553 東京都墨田区両国4-30-7 TEL 03-3634-5151  
 東京都金属プレス工業健康保険組合 総務課

**申込締切日 令和6年1月16日(火)必着 FAX 03-3632-8009**

事業所名称			
所在地			
ご担当者名		ご連絡 電話番号	

↓会場コードは毎年変更がありますのでご注意ください

被保険者証 記号	被保険者証 番号	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	住 所	電話番号 (日中連絡先)	健診 コース	会場 コード	会場名	検査項目	
										子宮検査 (いずれかを選択)	乳房検査 (いずれかを選択)
1			1. 本人	昭和・平成 年 月 日	〒 -		C1			1 自己採取法 2 医師採取法 3 希望しない	1 超音波 2 マンモグラフィ
			2. 家族								
2			1. 本人	昭和・平成 年 月 日	〒 -		C1			1 自己採取法 2 医師採取法 3 希望しない	1 超音波 2 マンモグラフィ
			2. 家族								
3			1. 本人	昭和・平成 年 月 日	〒 -		C1			1 自己採取法 2 医師採取法 3 希望しない	1 超音波 2 マンモグラフィ
			2. 家族								
4			1. 本人	昭和・平成 年 月 日	〒 -		C1			1 自己採取法 2 医師採取法 3 希望しない	1 超音波 2 マンモグラフィ
			2. 家族								
5			1. 本人	昭和・平成 年 月 日	〒 -		C1			1 自己採取法 2 医師採取法 3 希望しない	1 超音波 2 マンモグラフィ
			2. 家族								
6			1. 本人	昭和・平成 年 月 日	〒 -		C1			1 自己採取法 2 医師採取法 3 希望しない	1 超音波 2 マンモグラフィ
			2. 家族								
7			1. 本人	昭和・平成 年 月 日	〒 -		C1			1 自己採取法 2 医師採取法 3 希望しない	1 超音波 2 マンモグラフィ
			2. 家族								
8			1. 本人	昭和・平成 年 月 日	〒 -		C1			1 自己採取法 2 医師採取法 3 希望しない	1 超音波 2 マンモグラフィ
			2. 家族								
9			1. 本人	昭和・平成 年 月 日	〒 -		C1			1 自己採取法 2 医師採取法 3 希望しない	1 超音波 2 マンモグラフィ
			2. 家族								
10			1. 本人	昭和・平成 年 月 日	〒 -		C1			1 自己採取法 2 医師採取法 3 希望しない	1 超音波 2 マンモグラフィ
			2. 家族								

※乳房検査は必須項目です

【健診について】 何らかの事情により受診できなくなった・受診日時や場所の変更希望・転居された際には東振協へご連絡ください。  
 東振協婦人健診専用ダイヤル ☎03-5619-5910 受付時間9:00~12:00 13:00~17:00 (土・日・祝日を除く)

《個人情報について》 当健保組合と東振協では、お申込みいただいた皆様の個人情報やプライバシーの保護につきましては、常に慎重に配慮しております。  
 個人情報保護に関する関係法令を遵守し、これまで以上に、安全、適正に取り扱うこととしておりますのでご安心ください。  
 なお、「個人情報の取り扱い」については東振協のホームページにも掲載しております。

ホームページアドレス

<http://www.toshinkyō.or.jp>