

# 神奈川県管工事業健康保険組合 宛

## 東海大学医学部・付属病院健診センター 内視鏡コース利用申込書

被保険者の記号と番号	記号		番号	
------------	----	--	----	--

申込者氏名	
-------	--

住所	〒	—	
----	---	---	--

連絡先		—	—
-----	--	---	---

婦人科検診 (オプション)	乳房超音波 ・ マンモグラフィ ・ 子宮頸部細胞診
------------------	---------------------------

※ 希望する検査項目を○で囲ってください。

第1希望日	令和	年	月	日
第2希望日	令和	年	月	日
第3希望日	令和	年	月	日

割当表に記載のある受診日で、申込み希望がない受診日があるときは申込みを希望する  
※希望する場合は右記にチェックしてください。

<input type="checkbox"/>
--------------------------

※人間ドックの補助利用は、令和7年度末時点で40歳以上の被保険者・被扶養者が対象となります。