

# 健康診断申込書

締切日：10月22日

Aコースの方は保険証に付いている健康診査受診券を切らずにお持ち下さい

受診券を忘れた方は当日、健康診断を受診できません。

## 有料オプション 【希望する検査に○をしてください】

|                           |                           |             |                                     |                                            |                      |               |                |
|---------------------------|---------------------------|-------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|---------------|----------------|
| 胃がん<br>ピロリ菌<br>※生涯1度受診でOK | 胃がん<br>ペプシンノーゲン<br>(血液検査) | 肺がん<br>(喀痰) | 大腸がん<br>2回法<br>(土建国保加入40<br>歳以上は無料) | 前立腺がん<br>腫瘍マーカー検査<br>(土建国保加入50歳<br>以上500円) | 卵巣がん<br>腫瘍マーカー<br>検査 | C型肝炎          |                |
| 2000円                     | 4000円                     | 4000円       | 1000円                               | 2000円                                      | 3500円                | 3000円         |                |
| 石綿健診                      | じん肺                       | 有機溶剤        |                                     | 特定化学物質                                     |                      |               |                |
|                           |                           | キシレン        | トルエン                                | 溶接ヒューム                                     | スチレン                 | トリクロロ<br>エチレン | テトラクロロ<br>エチレン |
|                           |                           | 2500円       | 2500円                               | 3500円                                      | 3500円                | 3000円         | 7000円          |

申込日 月 日 オプション希望の場合は該当欄に○をし、事前に直接支部へお支払い下さい。(振込をされる場合は支部へご連絡ください)

|                                                  |            |                                                                         |  |
|--------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|--|
| 住所 〒 - 電話 - -                                    |            | 希望するコースに○印をつけて下さい。                                                      |  |
| 問診票の送付先を上記と変えたい場合の住所<br>(会社宛等)                   |            | A コース【無料】<br><br>東京土建国保の 加入者<br><br>※本人 および 家族(19歳以上)<br>※受診券が必要です      |  |
|                                                  |            | B コース【2000円】<br><br>東京土建国保の 未加入者<br><br>※台東支部組合員に限る<br>※キャンセルでも返金がありません |  |
| 分会                                               | ふりがな<br>氏名 | 生年月日(西暦)<br><br>年 月 日<br>(申込時満年齢 歳)                                     |  |
| 群                                                |            |                                                                         |  |
| 領収書を発行する場合は<br>宛名を右の枠にご記入ください<br>(総合計での領収証になります) |            | 総合計<br><br>円                                                            |  |
| ※こちらに記載がない場合、領収書発行は出来ません。ご了承ください。                |            |                                                                         |  |