

が
骨粗しょう症 検診申込書

大阪府石油健康保険組合 様

住所
氏名
TEL

下記のとおり検診を申込みします。

記

健診機関名	大阪府結核予防会							
任意継続	999							
被保険者番号	被保険者名	続柄	年齢	検診項目				
	受検者名			肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん	骨粗しょう症
		本人	歳				乳がん	骨粗しょう症
		家族					(月日)	(月日)
		本人	歳				乳がん	骨粗しょう症
		家族					(月日)	(月日)
		本人	歳				乳がん	骨粗しょう症
		家族					(月日)	(月日)
		本人	歳				乳がん	骨粗しょう症
		家族					(月日)	(月日)

- ◎受診日順にご記入ください。
- ◎受診を希望する検診項目欄に○印を付けてください。
- ◎大阪圏内で生活習慣病健診を受診される方は大腸がん検診の申し込みの必要はありません。
- ◎FAX送付でも結構です。 FAX番号06-6125-1204