

リンナイ健康保険組合 行

「大腸がん・子宮頸がん・ピロリ菌・歯周病リスク」検査受診申込書(郵送検査)

所属部門	健康保険証の記号・番号	被保険者の社員番号
	記号 番号	

※希望する検査内容及び性別の口内にレ点を付してください。 申込期限:11月30日 健保着

申込者	対象年齢	検査内容	性別	満年齢
フリガナ (被保険者)	満30歳以上	<input type="checkbox"/> 大腸がん検査	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳
	満20歳以上	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん細胞診検査		
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がんウイルス検査		
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん細胞診+ウイルス検査併用		
	満30歳以上	<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査		
満30歳以上	<input type="checkbox"/> 歯周病リスク検査			
フリガナ (被扶養者)	満30歳以上	<input type="checkbox"/> 大腸がん検査	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳
	満20歳以上	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん細胞診検査		
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がんウイルス検査		
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん細胞診+ウイルス検査併用		
	満30歳以上	<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査		
満30歳以上	<input type="checkbox"/> 歯周病リスク検査			
申込者宅 住所 (検査器具および検査結果送付先)				
〒				
電話番号 () - -				
(12月末までに退職予定がある方) ※			予定日	月 日

※退職予定で給与天引きできない方は別途ご案内します

〈チェック欄〉以下の項目を満たしているかご確認ください

- 定期健康診断 で上記検査を受診(受診予定)していません
- 人間ドック(リフレッシュ検診・永年勤続ドック) で上記検査を受診(受診予定)していません
- レディース検診等 で上記検査を受診(受診予定)していません
- ピロリ菌検査 は今まで受診(受診予定)していません