

注)FAX後は必ず電話確認を行ってください。FAXを送って頂いても支部事務所に届いていない場合は、申し込んだ事にはなりません。

注)定員数25人です。集計時に25人に達した時点で、申込をされている方でも、お断りする場合がございますので、予めご了承ください。

いづれかに○をつけてください。

FAX:042-484-0524

FAX
申込

来所・電話申込

HPダウン
ロード様式

3月21日健康診断申込書(3月12日(金)締め切り)						
フリガナ 受診者氏名			性 別 男 ・ 女			
分会番号	群番号	組合員番号	組合員氏名 本人・()			
東京土建国保未加入者は下記に記入して下さい。						
住 所 〒 —						
生年月日 西暦 年 月 日 歳						
事業所への一括送付、住所地以外への送付希望者は下記にご記入ください						
事業所名			電話			
送り先 〒 —						
注意：事業所送付を選択した場合、結果表も事業所へお送り致します。(後で変更は出来ません)						
料金支払について	<input type="checkbox"/> を付けてください	個人支払	当日	会社支払	当日	
検 診 項 目			土建国保 加入者	組合のみ 加入者	組合員外	受診 項目
一般 検診	身体測定、血圧測定、視力・聴力検査、採血 尿検査、胸部レントゲン、心電図検査		8,740		15,500	全員
オ プ シ ョ ン 検 査	①大腸がん(便潜血検査)		1,000			
合計料金	円		受診する検査項目に○をしてください。↑			
メモ欄		受付		FAX後の確認電話		

自己負担と
なりませ
ず。受診料は
自己負担と
なります。後
日、土建国保
加入者は、土
建国保へ補助
金も

注意事項

- ①新型コロナウイルス感染防止の為、マスク着用をお願いします。2週間以内に、発熱・海外へ渡航歴ある方・新型コロナウイルス患者と接触したり、現在濃厚接触の可能性があつて待機期間中の方は受診を避けてください。
- ②定員は25人までです。20人以下の場合は中止となります。中止になった場合は申込された方へ連絡します。
- ③新型コロナウイルス感染防止対策として、時間指定はこちらで行います。
- ④オプションは大腸がんのみとなります。他のオプションは受けられません。
- ⑤健診キット事前に届きます。届かない場合は支部へご連絡ください。
- ⑥FAXでお申込みの方は、必ず業務時間内にFAXを送信して下さい。

送信後、すぐに届いているか確認のお電話をお願い致します。(後日にならないように)