

**健診申込書(事業所一括送付用)    FAX送付先:042-484-0524**  
**\* 健診キット・結果表の送付及び支払いを事業所で一括して行う専用用紙です \***

事業所名			
送付先	〒      —		
電話番号		支払方法	後日のみ

メモ欄		受付者	
-----	--	-----	--

分会	群	組合員番号	受診者名	性別	年齢	種別	土建国保加入者		組合のみ加入者		75歳以上	オプション申込み								
							1回目	2回目	1回目	2回目	2回目	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														
				男・女		本人・家族														

【オプション】 ①大腸がん1,500円(40歳以上無料) ②胃がん血液検査5,500円 ③肺がん3,600円 ④前立腺がん1,570円(50歳以上500円) ⑤塵肺2,090円  
 ⑥子宮がん3,300円 ⑦石綿肺3,100円 ⑧有機溶剤【トルエン・キシレン】各3,100円(メモ欄に希望の溶剤を記載してください) ⑨特定化学物質(溶接ヒューム)4,400円