支部記入欄
受付日　　／
受付者

2022年度 集団健診 申込書

※ 申し込みに対して1人1枚記入してください。

オプション料金のお支払いは健診受診
当日医療機関窓口でお願いします。

申し込み日　　年　　月　　日
申し込み方法（いずれかに〇印）
FAX ・ 支部直接

東京土建　小平東村山支部
TEL 042-342-2846
FAX 042-342-2848

分会	フリガナ 氏名	組合員（〇印） 本人 家族	年齢 歳	生年月日　昭和・平成 年　月　日	性別 男・女
群	住所 TEL　（　　）				

＊↑太枠部分は必ずご記入ください。一人一枚の記入をお願いします。

組合資格確認欄（〇印を御願いします）			
土建国保（家族加入含）	組合のみ加入	組合未加入者	主婦の会会員 ※乳がん検診受診者のみ
		※基本健診有料	
土建国保加入者⇒	国保番号:91-34・（　　）		
	受診券番号:		

	日程	会場チェック〇印	基本健診 ※土建国保・東京土建いずれも未加入の方	オプション（希望に〇印を付けて申し込んでください）					合計金額
				胃レントゲン ＊注1	腹部がん	前立腺 ＊注2	大腸がん ＊注3	乳がん健診	
北多摩生協	10/30		9500	7000（3000）	3500	1500（500）	1200		円
みその	11/20		9500		3500	1500（500）	1200		円

◎問診票等の郵送を上記住所以外へご希望の方はご記入ください⇒
・宛先名称【　　】
・宛先住所【　　】

＊注1　（　　）内の金額は土建国保加入者で50歳以上の方　［胃レントゲン］
＊注2　（　　）内の金額は土建国保加入者で50歳以上の方　［前立腺］
＊注3　土建国保加入者で40歳以上の方は無料。　［大腸ガン］
＊当日のトラブルを防止するため、申込締切日の厳守と一人１枚の申込書の記入をお願いします。
＊申込書が足りない場合には、お手数ですがコピーをとってご対応願います。

組合使用欄
No.