

必要事項をご記入のうえ
FAXで勝又健康保険組合へお申し込みください。
勝又健保FAX：043-222-8722

乳がん検診受診申込書（超音波検査）

申込期間：令和3年11月25日(木)～11月27日(土)3日間のみ

令和 年 月 日

勝又健康保険組合宛

健康保険証 記 号 番 号	—	健康保険証の上部にある「記号」 「番号」を記入してください	
被保険者氏名			
生年月日	昭和 年 月 日生 平成	年齢 歳	
勤務先名称 店舗名等		内容確認等のため使用します ので、連絡先を記入してくだ さい。	
勤務先 電話番号	- -		
希望受診 検診会場 年月日	希望の場所に☑を入れてください。(チェックが無いものは無効になります) ☐ レンタリース千葉 本社 令和4年2月3日(木) ☐ ネットトヨタ埼玉 本社 令和4年2月4日(金) ☐ 千葉トヨペット 本社 令和4年2月18日(金)		
過去に乳がん検診を受けた ことはありますか	☐ ない ☐ ある ⇒ どのくらい前ですか？ (____)ヵ月前・年前)		
乳がん検診の実施について、 質問等があれば記入してく ださい。			

募集人数（30名）を超えた場合は、抽選になります。検診が確定した方には、12月中旬に勝又健康保険組合から決定通知書と乳がん検診受診票をお送りします。

（当選者の結果は、決定通知書の発送をもって代えさせていただきます。）

※健診結果等は統計資料等、疾病予防事業に活用させていただきます。

※個人情報の取扱いについては万全を期し、目的以外の使用はいたしません。

※乳がん検診を受診することは、事業所と情報を共有します。

勝又健康保険組合