

FAX 0853-63-5118
※太線枠内をご記入ください

2026年度 単独子宮がん検診・若年層・定期健診受診申込書

申込日 20 年 月 日

保険者番号	事業所名			個人負担金 支払方法	□すべて個人（窓口）支払 □若年層・定期健診のみ 事業所へ請求 □すべて事業所へ請求	
	担当者名		TEL FAX			
記号	事業所住所	※健診案内・結果表・請求書はすべて事業所住所へ送付いたします 〒			ジョイメイトチケット	あり ・ なし
					事業所用結果の送付	必要 ・ 不要

※協会けんぽの単独子宮がん検診や若年層健診をお申込みの場合は保険者番号、記号、番号の記入が必要です

番号	受診者氏名	性別	生年月日	健診種別 ※子宮がん検診を含まない場合は午後の実施となります	希望月	備考（旧姓・同日人数）	受診決定日
1	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	子宮がん検診 ・ 若年層健診 ・ 定期健診			
2	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	子宮がん検診 ・ 若年層健診 ・ 定期健診			
3	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	子宮がん検診 ・ 若年層健診 ・ 定期健診			
4	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	子宮がん検診 ・ 若年層健診 ・ 定期健診			
5	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	子宮がん検診 ・ 若年層健診 ・ 定期健診			
6	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	子宮がん検診 ・ 若年層健診 ・ 定期健診			
7	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	子宮がん検診 ・ 若年層健診 ・ 定期健診			
8	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	子宮がん検診 ・ 若年層健診 ・ 定期健診			

☎691-0003

島根県出雲市灘分町613

出雲市立総合医療センター健康管理センター

TEL 0853-63-5119

FAX 0853-63-5118

病院 欄	受付	入力	確認	連絡
---------	----	----	----	----