40歳以上の女性被扶養者限定

からだサポートフェア 参加申込書

記号		番号		被扶養者 氏名						印
性別	女性	年齢	歳	組合員との続柄		配偶者	•	母	•	その他
工工方り	女注	十一图节		電話番号	()		_		

1. 開催日及び受付時間

※ 希望(会場、日程、受付時間)のいずれか1つに○を付けてください。

※ できるだけスムーズに検査を行うため、 受付時間を3グループに分けています。

<博多会場>ウェルビーイング博多	8:30
第1回 / FIRST SUPPORT FAIR /////	9:20
令和2年8月8日 (土) 申込締切 >>> 6月19日(金)	10:00
	どの時間帯 でも良い
<北九州会場>八幡健診プラザ	8:30
<北九州会場>八幅値修プラザ 第2回 / SECOND SUPPORT FAIR /////	8:30 9:15

※ 申込状況によっては変更を お願いすることがあります。

2. 検査項目

必須	検査項目	費用
	診察・問診	
特	身長・体重	
定 健	ВМІ	
診 検	腹囲測定	無料
<u></u> 直 項	血液検査	
目	血圧	
	尿検査	

この検査を受診すると・・・

総合健診・特定健診は受診できません。

 希望
検査項目 費用(税込)
子宮細胞診 無料
マンモ グラフィ
心電図 1,000円(A)
眼底 1,000円(B)
腹部超音波 1,000円(C)
あなたの自己負担額

※ 希望検査項目に○ を付けてください。 (A) + (B) + (C) 円

※ 自己負担の費用については、 当日徴収します。

3. 託児(対象:1歳~未就学児)の利用(無料・博多会場のみ)

> ※ 託児の利用については、 事前申請した方のみに限ります。

<u>申込み&問い合わせ</u>

〒812-0044

福岡市博多区千代4-1-27 自治会館6F 福岡県市町村職員共済組合 健康福祉課 TEL 092-651-2461 FAX 092-641-5040 ※郵送又はFAXで申込みください。

- ※ 申込多数の場合は抽選となります。 (65歳以上優先)
- ※ 抽選結果はご自宅に別途お知らせします。