

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
				電話番号	() -

1. 開催日及び受付時間

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

	平成30年8月25日 (土)	申込締切	7月9日(月)
	平成31年3月7日 (木)		1月24日(木)



	8:30
	9:20
	10:00
	どの時間帯でも良い

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。

※申込状況によっては変更をお願いすることがあります。

<北九州会場>八幡健診プラザ

	平成30年11月29日 (木)	申込締切	10月9日(火)
--	-----------------	------	----------



	13:00
	14:00
	15:00
	どの時間帯でも良い

2. 検査項目

必須	検査項目	費用
特定健診検査項目	診察・問診	無料
	身長・体重	
	BMI	
	腹囲測定	
	血液検査	
	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
	眼底	1,000円
	腹部超音波	1,000円

希望検査項目に○を付けてください。

あなたの自己負担額

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)

いずれかに○を付けてください。

要 ・ 不要

※託児の利用については、事前申請した方のみに限ります。

申込み&問い合わせ

〒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。