

## 総合健診 (A1コース・A2コース) 受診申込書

保険証記号 (4ケタ)				
本 社	事業所名称			
	所在地			
営業 所	工場 名称			
	所在地			
申込取扱者		⑩	TEL	

健診医療機関名 (東振協契約医療機関)	コード ( ) ※5桁の数字
	TEL FAX

保険証番号	フリガナ名	生年月日	年齢	続柄	性別	健診コース	受診予約日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日

\*受診料一部負担金については、A1コース(35歳未満) A2コース(35歳以上) 無料です。

**健診医療機関 殿**

◎上記(続紙含む)申し込みの実施についてよろしくお願いいたします。

◎受診票、問診票等の送付については、受診者へ送付方お願いいたします。

東京都自動車整備健康保険組合

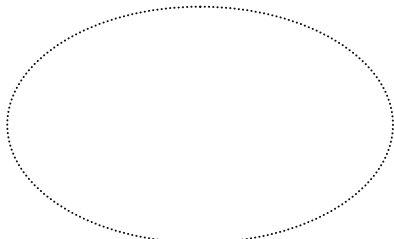
<<注意事項>>

- この健診の受診期間は、4月～10月末日迄です。11月以降の受診はできませんので注意願います。
- 受診は各健診コースの中から年1回の選択制となります。 —提出先— 〒105-0011
- 受診日当日に組合員の資格のない方は受診できません。 東京都港区芝公園2-11-7
- 予約完了後、直ちに組合宛て提出して下さい。 東京都自動車整備健康保険組合

<http://www.toukyoutojidousyaseibikenkouhokenkumiai.or.jp/>

TEL 03-3432-2401  
FAX 03-3432-6406

健保組合受付印



常務理事	事務局長	事務局次長	課長(代)	係

## 総合健診 (A1コース・A2コース) 受診申込書

保険証記号 (.....)

事業所名.....

健診医療機関名 (東振協契約医療機関)	コード (.....) ※5桁の数字
	TEL..... FAX.....

保険証番号	フリガナ名 氏 名	生年月日	年齢	続柄	性別	健診コース	受診予約日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日
		昭・平 年 月 日		本人 家族	男 女	A1 A2	平成 年 月 日

※この健診の受診期間は、4月～10月末日迄です。

※11月以降の受診はできませんので注意願います。

A1コース35歳未満

A2コース35歳以上