

生活習慣病予防健診(B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	名称		
	場	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

35歳以上対象

保険証番号	フリガナ名	生年月日	年齢	続柄	肝炎	婦人科	受診予約日
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日				医師・自己	
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日				医師・自己	
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日				医師・自己	

一部負担金1,000円は受診当日、医療機関窓口にお支払い下さい。

*婦人科受診希望の方は、医師採取又は自己採取をお選び下さい。
医療機関により選択できない場合があります。
契約医療機関一覧表でご確認下さい
*肝炎検査は40歳以上、生涯一度の受診となります。

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、受診者へ送付方願いたします。

東京都自動車整備健康保険組合

<<注意事項>>

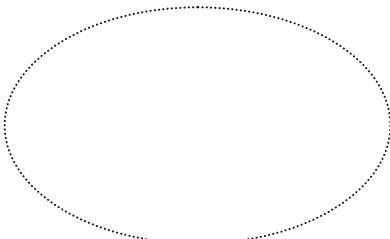
- この健診の受診期間は、4月~10月末日迄です。11月以降の受診はできませんので注意願いたします。
- 受診は各健診コースの中から年1回の選択制となります。 ー提出先ー 〒105-0011
- 受診日当日に組合員の資格のない方は受診できません。 東京都港区芝公園2-11-7
- 予約完了後、直ちに組合宛て提出して下さい。 東京都自動車整備健康保険組合

<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

生活習慣病予防健診(B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

35歳以上対象

保険証番号	フリガナ名 氏 名	生年月日	年齢	続柄	肝炎	婦人科	受診予約日
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日					
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日					
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日					
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日					
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日					
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日					
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日					
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日					
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	年 月 日					
	男	昭和		本人	有	有・無	平成
	女	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。

※本連名簿は、個人情報保護のため健診目的以外には使用いたしません