

秋季婦人生活習慣病予防健診（C1 コース）申込書

様式 4

組合コード	組 合 名
13-362	東京都自動車整備健康保険組合

事業所名 _____

所在地 _____

電話番号 _____ 担当者名 _____ (印)

記載漏れのないようご確認の上お申込み下さい。締切日 **令和元年7月10日(水) 必着**

ご注意 子宮検査の欄は希望のコースに○をして下さい。自己採取法を希望する方は、別紙実施会場一覧表の自己採取欄に○印がついている会場のみ実施できます。

保 険 証		フリガナ		続 柄	生年月日	〒	住 所	TEL	子宮検査	会 場 コード	会 場 名
記号	番号	氏	名								
				1.本人	昭和			()	1.自己採取法		
				2.家族	・	-		-	2.医師採取法		
									3.希望しない		
				1.本人	昭和			()	1.自己採取法		
				2.家族	・	-		-	2.医師採取法		
									3.希望しない		
				1.本人	昭和			()	1.自己採取法		
				2.家族	・	-		-	2.医師採取法		
									3.希望しない		
				1.本人	昭和			()	1.自己採取法		
				2.家族	・	-		-	2.医師採取法		
									3.希望しない		

令和 年 月 日

※医師採取法は健診日当日に受診できない場合がございますのでご了承下さい。

* 受診料一部負担金 1,000円は、29年度より受診医療機関へのお支払いとなっております。

会場毎にお支払い方法(窓口又は振込)が異なりますので、実施会場一覧表の受診者負担金精算方法をご覧ください。

* 本申込書の住所欄にご記入いただいた住所に受診案内が送付されます。記入誤りや部屋番号の記入漏れ等により、送付物が届かない事例が多発していますので、正しい住所(送付物が届く住所)のご記入にご協力をお願いします。