

人間ドック健診(D1コース)受診申込書

様式 6

申込者が記入するところ

申込者情報	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			TEL					

予約した健診医療機関 (東振協契約医療機関)	コード (5ケタ)					名称			
	TEL					FAX			

受診者情報	保険証番号	フリガナ 氏名	生年月日	年齢	続柄	性別	肝炎	受診予約日
				昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	令和 年 月 日

◎「肝炎」は、肝炎検査を希望する場合「有」に○してください。(40歳以上対象・生涯に一度)

お読み下さい

一部負担金	18,000円(税込)	対象者	40歳以上の被保険者および被扶養者
実施時期	通年	申込方法	医療機関に予約後、本申込書を当健保組合に提出 (FAX可)
注意点等	◎コース以外の検査項目を受診する場合は、オプション(自費)となります。 ◎受診日当日に資格がない方は受診できません。 ◎年度内に複数回の受診はできません。(年度内にいずれかの健診を1回のみ受診可) ◎医療機関に予約がとれたら、速やかに健保組合に本申込書を提出してください。 ◎一部負担金18,000円(税込)は、受診日当日に医療機関にお支払いください。		

健保組合の個人情報の取り扱いについて
健保組合が健診実施において収集した個人情報(申込情報・健診結果等)は、組合規程に基づき適正に管理・保管し、加入者の健康維持増進・疾病予防等を目的とする事業にのみ利用いたします。

申込書提出先
〒105-0011 東京都港区芝公園 2-11-7 東京都自動車整備健康保険組合 担当：保健事業係 TEL 03-3432-2401 FAX 03-3432-6406 http://www.toukyoutojidousyaseibikenkouhokenkumiai.or.jp/

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。

健保組合受付印



事務局長	部長(代)	課長	係

人間ドック健診(D1コース)受診申込書

保険証記号(4ケタ)				
事業所名称				
申込取扱者				TEL
予約した健診医療機関 (東振協契約医療機関)	コード (5ケタ)			名称

受診者情報	保険証番号	フリガナ氏名	生年月日	年齢	続柄	性別	肝炎	受診予約日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	令和 年 月 日

健保組合の個人情報の取り扱いについて
 健保組合が健診実施において収集した個人情報（申込情報・健診結果等）は、組合規程に基づき適正に管理・保管し、加入者の健康維持増進・疾病予防等を目的とする事業にのみ利用いたします。

**本紙は申込書「様式6」の「続紙」です。
 この続紙をお使いになるときは、
 必ず「様式6」と合わせてご提出ください。**