

総合健診(A2コース)受診申込書

様式 1

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	受診予約日
				昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女
			昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女	令和 年 月 日
			昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女	令和 年 月 日

お読み下さい

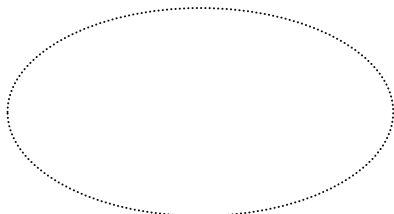
一部負担金	無料	対象者	74歳までの被保険者・被扶養者
実施時期	通年	申込方法	医療機関に予約後、本申込書を当健保組合に提出 (FAX 可)
注意点等	◎コース外の検査項目を受診する場合は、オプション (自費) となります。 ◎受診日当日に資格がない方は受診できません。 ◎年度内に複数回の受診はできません。(年度内にいずれかの健診を1回のみ受診可) ◎医療機関に電話予約がとれたら、速やかに健保組合に本申込書を提出してください。		

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願います。
 ◎受診票、問診票等の送付については、受診者へ送付方願います。

健保組合受付印



常務理事	事務局長	課長(代)	係

総合健診(A2コース)受診申込書

続紙
(様式 1)

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	受診予約日
			昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女	令和 年 月 日
			昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女	令和 年 月 日
			昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女	令和 年 月 日
			昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女	令和 年 月 日
			昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女	令和 年 月 日
			昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女	令和 年 月 日
			昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女	令和 年 月 日
			昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女	令和 年 月 日
			昭和・平成 年 月 日		本人 家族	男 女	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1」の「続紙」です。
 この続紙をお使いになるときは、
 必ず「様式1」と合わせてご提出ください。**