

生活習慣病予防健診(Bコース)受診申込書

様式 2

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			
		場所	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	婦人科	受診予約日
				昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己	令和 年 月 日

◎「肝炎」は、肝炎検査を予約した場合「有」に○してください。(40歳以上対象・生涯に一度)
◎「婦人科」は、子宮検査を予約した場合「有」に○、医師採取法が自己採取法を選択してください。
子宮検査は実施できない医療機関があるため、予約時に必ずご確認ください。

お読み下さい

自己負担額	1,000円	対象者	35歳～74歳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。 ◎自己負担額 1,000円は、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



事務局長	部長(代)	課長	係

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)					
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	子宮検査	受診予約日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有・無 医師・自己	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 2」の「続紙」です。
この続紙をお使いになるときは、
必ず「様式 2」と合わせてご提出ください。