

特定健診(Eコース)受診申込書

様式 5

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	名称				
		所在地				
申込取扱者			TEL			

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
				昭和 年 月 日		本人 家族
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女

お読み下さい

一部負担金	無料	対象者	40歳以上の被保険者・被扶養者
実施時期	通年	申込方法	本申込書を当健保組合に提出 (FAX 可)
注意点等	◎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) ◎本申込書はEコースの受診カードの発行するための申込書です。本申込書を健保組合へ提出後、数日で受診カードが届きます。受診カードが届いたら、各自医療機関に予約し受診してください。		

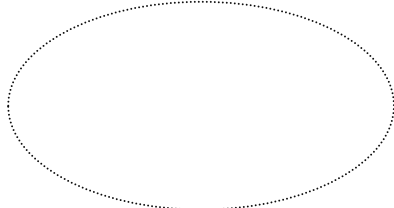
健保組合の個人情報の取り扱いについて

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/>

健保組合受付印



常務理事	事務局長	事務局次長	課長(代)	係