

申込者が記入するところ

保険証記号(4ケタ)				
事業所名称				
所在地				
申込取扱者		TEL		

希望する健診会場に○をつけてください

- |                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| 1. 健保会館(芝公園)            | 9月11日12日18日(18日は女性専用)10月2日3日 |
| 2. たましん RISURU ホール(立川市) | 9月27日                        |

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	受診希望日
				昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	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)  
◎「婦人」は、子宮検査(自己採取法)を希望する場合「有」に○してください。(女性のみ)

お読み下さい

一部負担金	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	上記の指定日	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) ◎本申込書を健保組合へ提出後、健保組合にて受診時間等を決定し受診票・検査キットとあわせて事業所あて通知いたします。 ◎一部負担金1,000円は、受診日当日に会場受付にお支払いください。 ◎定健(A1・A2コース,無料)を希望する場合、受診日の欄の余白に「定健」と記入してください。		

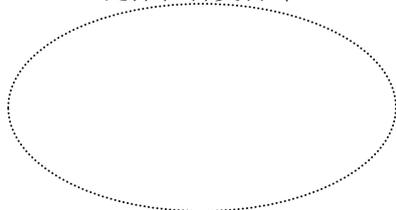
## 健保組合の個人情報の取り扱いについて

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



保険証記号(4ケタ)				
事業所名称				
申込取扱者		TEL		

希望する健診会場に○をつけてください

1. 健保会館(芝公園)	9月11日12日18日(18日は女性専用)10月2日3日
2. たましんRISURUホール(立川市)	9月27日

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	受診希望日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	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3」の「続紙」です。  
この続紙をお使いになるときは、  
必ず「様式3」と合わせてご提出ください。