

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 ( )は実施コース

1. 健保会館(芝公園)	9月6日(B)、9月7日(B)、9月8日(B・D1)、9月26日(B)
2. トヨタドライビングスクール東京(立川)	9月4日(B・D1)

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	*ヘブ	受診予約日	コース
				昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	有 無	年 月 日
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	有 無	年 月 日	B D1
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	有 無	年 月 日	B D1
			昭和 年 月 日		本人 家族	男 女	有 無	有 無	有 無	年 月 日	B D1

- ◎Bコースでバリウム検査を実施しない方で、希望者はペプシノーゲン検査を健保負担で実施できます
- ◎「肝炎」は、肝炎検査を希望する方は「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 自己採取となります。希望する方は「有」に○してください
- ◎9月4日及び8日に受診希望の場合、受診されるコースB・D1 いずれかに○してください
- ◎A2コース(無料)を希望する方は、受診日余白に「A2」とご記入ください

お読み下さい

一部負担金	B : 1,000円(税込) D1 : 18,000円(税込)	対象者	B : 35歳~74歳の被保険者および被扶養者 D1 : 40歳~74歳
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を決定し、受診票・検査キットとあわせて通知いたします。 ◎一部負担金 1,000円/18,000円(税込)は、受診当日窓口でお支払いください。		

<b>健保組合の個人情報の取り扱いについて</b> 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。	<b>申込書提出先</b> 〒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 <a href="http://www.toukyoutojidousyaseibikenkouhokenkumiai.or.jp/">http://www.toukyoutojidousyaseibikenkouhokenkumiai.or.jp/</a>
---	--

健保組合受付印

