

契約医療機関 一般健康診断申込書 <40歳未満対象>

〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業所記号

〇〇〇〇

事業所所在地

東京都〇〇区〇〇町〇ー〇ー〇ビル〇階

事業所名称

株式会社 〇〇

連絡先電話番号

03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

健診担当者氏名

〇〇 〇〇

契約医療機関名		〇〇病院			契約形式	☐ 組合直接契約 ☒ 東振協契約コード番号 〇 〇 〇 〇 〇					
※コード番号・契約形式は契約医療機関一覧表をご確認下さい。(組合直接契約にはコード番号はありません)											
巡回検診車を		☐ 希望しない ☐ 希望する		巡回検診希望実施場所					受診月	〇月	
受診日	個人番号	ふりがな 氏名	性別	生年月日		受診日	個人番号	ふりがな 氏名	性別	生年月日	
〇日 〇〇		〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	男 女	昭 平	〇・〇・〇	日			男 女	昭 平 ・	
日			男 女	昭 平	・	日			男 女	昭 平 ・	
日			男 女	昭 平	・	日			男 女	昭 平 ・	
日			男 女	昭 平	・	日			男 女	昭 平 ・	
日			男 女	昭 平	・	日			男 女	昭 平 ・	
日			男 女	昭 平	・	日			男 女	昭 平 ・	
日			男 女	昭 平	・	日			男 女	昭 平 ・	
日			男 女	昭 平	・	日			男 女	昭 平 ・	
日			男 女	昭 平	・	日			男 女	昭 平 ・	
備考											

●ご記入いただいた氏名などの個人情報、当組合の保健事業目的以外では使用いたしません。
上記のとおり契約医療機関に予約をいたしましたので、送付いたします。

機缶健康保険組合 総務課宛