

契約医療機関 生活習慣病予防健診申込書 <30歳以上対象>

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	・・
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、当組合の保健事業以外の目的では使用いたしません。

一部負担金(2000円)の支払方法は ☐ 医療機関から事業所へ請求(複数名の場合のみ)
☒ 受診者が医療機関の窓口にてお支払い
(希望する方どちらかに✓を入れて下さい。)

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

又は自宅住所 株式会社 〇〇

事業所名称 〇〇

又は受診者名 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

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