

特定健診 申込書 <40歳以上対象>

医療機関名		東振協契約 コード番号						
受診日	年 月 日 () で受診予約済み							
保険証 記号-番号	記号		番号		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
フリガナ					性別			
氏名	姓				名			男・女
生年月日	年 月 日生 (歳)							
住所	□□□-□□□□							
電話番号	()							
【注 意 事 項】								
<ul style="list-style-type: none"> ●この健診は、本年度40歳以上の被扶養者及び任意継続被保険者が対象です。 ●契約医療機関に、当組合名と契約形式（東振協契約のEコース）を告げて予約してください。 ●予約後はこの申込書を当組合にご郵送ください。受診券を送付いたしますので、受診の際に医療機関にご提出ください（受診券がないと受診できませんので、申込書は健診日の1ヶ月前には当組合にはご郵送ください）。 ●この健診では、健診費用の一部（1,000円）を受診者に負担していただくことになっておりますので、当日医療機関窓口にてお支払いください。 ●この健診はオプション項目を付加できません。 								

—ご記入いただいた氏名などの個人情報、健康診断以外の目的では使用いたしません。—

—送付先—

〒136-0071
 東京都江東区亀戸6-41-20
 東京都機缶健康保険組合 総務課 宛