

特定健診 申込書 <40歳以上対象>

医療機関名	〇〇病院		東振協契約 コード番号					
受診日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (午前)			で受診予約済み				
保険証 記号-番号	記号	××××	番号	××××	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
フリガナ	キカン		タロウ		性別			
氏名	姓	機缶	名	太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女			
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (〇〇歳)							
住所	1 2 3 - 4 5 6 7 神奈川県相模原市〇〇 1-2-3							
電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇							
【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は、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