

特定健康診査受診券申込書

(東振協・健保連共通)

被保険者	被保険者証 記号 - 番号	(フリガナ) 氏 名		
	—			
受診者	(フリガナ) 氏 名	生年月日	続柄	性別
		昭 . .	2. 家族	1. 男 2. 女
	自宅 住所	(フリガナ) 〒 —	電話番号 () —	
	事業所名			
事業所 所在地	(フリガナ) 〒 —	電話番号 () —		
健診機関名			地区 (都道府県)	
受診日	令和 年 月 日	備考		
上記のとおり利用を申し込みます。 令和 年 月 日 東京都土木建築健康保険組合理事長 殿		組合受付印		
<p>*申し込みをする前に必ずお読みください。</p> <ol style="list-style-type: none">この健診の受診対象者は40歳以上の被扶養者だけとなります。被保険者は受診できませんので、ご注意願います。婦人科(子宮・乳房)のオプション検査は受診できませんので、ご注意願います。この特定健康診査の結果は、健診機関から健保組合へ報告されます。太線の枠内を正確に記入してください。特定健康診査は年度内(4.1~翌年3.31)1回限りとします。人間ドック等、他の健診を受診された方、またはこれから受診予定の方はこの特定健康診査を受診できません。				

FAX番号 03 (6260) 3737

東京都土木建築健康保険組合