

特定保健指導実施申込書

2020.0

指導を受けられるご本人がご記入ください。

申込日 令和 年 月 日

被保険者証		記号			番号		
事業所名称 (営業所名等まで)							
お申込者	フリガナ				保険証の 本人、家族 の別	本人・家族	
	お名前						
	生年月日				性別	男性・女性	
書類を送付する場合がございます。下記の1または2に○をつけ、その住所をご記入ください。							
連絡先		1:事業所	〒 _____		都・道 府・県	郡 市・区	
		2:自宅					
		日中連絡可能な電話番号(1~3)に○をつけ、できれば2つご記入ください。					
		1:携帯	2:会社	3:自宅	1:携帯	2:会社	3:自宅
		—	—	—	—	—	—
		メールアドレス _____ @ _____					
<input type="checkbox"/> 職場・自宅・その他 (月~土) <input type="checkbox"/> 上記「連絡先」と同じ <input type="checkbox"/> 下記の場所を希望 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> ※職場をご希望の場合には、会議室等(プライバシーが確保できる空間)の使用状況を確認の上、お申込みをお願いいたします。 </div>							
①面談実施場所 <small>ご希望の場所の□に チェック(☑)を入れてください。</small>		〒 _____		都・道 府・県	郡 市・区		
		<input type="checkbox"/> 東振協実施機関					
		コード _____		実施機関名 _____			
<input type="checkbox"/> 薬樹株式会社 薬局 (月~土) ※東京都・神奈川県のみ 薬局名: _____							
②実施希望日		第1希望日 令和 4年 月 日() 午前・午後 <small>※お申込日から3週間以降の日付のご記入をお願いいたします。</small>					
		第2希望日 令和 4年 月 日() 午前・午後 <small>※お申込日から3週間以降の日付のご記入をお願いいたします。</small>					
		その他 月の 初旬・中旬・下旬 午前・午後 <small>※ご希望に添えない場合は、日時を調整させていただく場合がございます。</small>					
③申込書送付先 <small>どちらかの方法で 送付をお願いいたします</small>		郵送	〒104-0032 東京都中央区八丁堀2-5-1 東京都土木建築健康保険組合 健康管理課				
		FAX	03-6260-3737				