

# 特定保健指導実施申込書

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

被保険者等	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		
連絡先	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。				
	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 _____ @ _____				
①面談実施場所	<input type="checkbox"/> 職場・自宅・その他 (月~土)		※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。		
	<input type="checkbox"/> 上記「連絡先」と同じ <input type="checkbox"/> 下記の場所を希望				
	〒 _____		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 年 月 日( )	午前	午後	
	第2希望日	令和 年 月 日( )	午前	午後	
	その他	月の 初旬・中旬・下旬	午前	午後	
※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。					
③申込書送付先	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			