

## 施設内健診申込書

事業所記号 ( ) 事業所名

所在地 (連絡先)

電話番号 担当者名

コード ( )

実施健診機関名

保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	区分	生年月日	健診 区分	婦人科	受診日
		男・女	本人 家族	S 年 月 日 H		有・無	/
		男・女	本人 家族	S 年 月 日 H		有・無	/
		男・女	本人 家族	S 年 月 日 H		有・無	/
		男・女	本人 家族	S 年 月 日 H		有・無	/
		男・女	本人 家族	S 年 月 日 H		有・無	/
		男・女	本人 家族	S 年 月 日 H		有・無	/
		男・女	本人 家族	S 年 月 日 H		有・無	/
		男・女	本人 家族	S 年 月 日 H		有・無	/

別紙、東振協契約健診機関一覧表より、希望健診機関を選び直接予約をし、その後必要事項を記入のうえ、当組合施設課へFAXまたは郵送でお申込みください。

※健診区分欄にはご希望の健診区分をご記入ください。

A1…若年者健診

B…生活習慣病予防健診及び、婦人生活習慣病予防健診

A1+OP…若年者健診+血液検査(全額受診者負担)

E…特定健診

+3,608円

なお、健保未加入の方が受診する場合は保険証番号欄に「P」と記入してください。  
(健診費用は実費となります。)

受診者が多数の場合には本申込書をコピーのうえ、ご使用ください。

服装健康保険組合

〒113-0021 東京都文京区本駒込6-2-19  
TEL 03-3946-8561 FAX 03-3946-8037