

実施期間：4月～12月

東振協扱

組合コード13-691

令和 年 月 日

## 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	

被保険者等 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 ・ H 年 月 日		有・無	/
		男 ・ 女	本人 家族	S ・ H 年 月 日		有・無	/
		男 ・ 女	本人 家族	S ・ H 年 月 日		有・無	/
		男 ・ 女	本人 家族	S ・ H 年 月 日		有・無	/
		男 ・ 女	本人 家族	S ・ H 年 月 日		有・無	/
		男 ・ 女	本人 家族	S ・ H 年 月 日		有・無	/
		男 ・ 女	本人 家族	S ・ H 年 月 日		有・無	/

※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

A1+OP…若年者健診+血液検査(全額受診者負担3,608円)

B…生活習慣病予防健診及び、女性生活習慣病予防健診

E…特定健診

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