

平成30年度 秋季
会場別男子成人病巡回健診申込書
 東京貨物運送健康保険組合

※ 健保コード
 13-400

事業所名			
住 所	〒 —		
保険証記号		電話番号	() 局 —
申込担当者			

保険証番号	フリガナ 氏 名	性別	健 診 コース	生年月日	続 柄	郵便番号	住 所	電話番号	会 場 コード	会 場 名	希望日
①		1 男	B	昭和 年 月 日	1. 本人 2. 家族	—		() 局 —			/
②		1 男	B	昭和 年 月 日	1. 本人 2. 家族	—		() 局 —			/
③		1 男	B	昭和 年 月 日	1. 本人 2. 家族	—		() 局 —			/
④		1 男	B	昭和 年 月 日	1. 本人 2. 家族	—		() 局 —			/
⑤		1 男	B	昭和 年 月 日	1. 本人 2. 家族	—		() 局 —			/
⑥		1 男	B	昭和 年 月 日	1. 本人 2. 家族	—		() 局 —			/
⑦		1 男	B	昭和 年 月 日	1. 本人 2. 家族	—		() 局 —			/
⑧		1 男	B	昭和 年 月 日	1. 本人 2. 家族	—		() 局 —			/
⑨		1 男	B	昭和 年 月 日	1. 本人 2. 家族	—		() 局 —			/
⑩		1 男	B	昭和 年 月 日	1. 本人 2. 家族	—		() 局 —			/

- 申込締め切りは**9月25日**（厳守）
- 氏名には必ずフリガナを付けてください。**
- 住所は、郵便番号、アパート・マンション名、〇〇方、**棟室番号等も詳細にご記入下さい。**
- 電話番号は市外局番からご記入下さい。
例 (012) 局 345-6789
- 健診受診の申込は夏・秋・冬のいずれか年1回のみです。
(この健診以外の生活習慣病健診、人間ドック、定期健診も含まます。)
- 希望日は、健診実施日が2日以上ある場合のみ記入してください。
- 受診日に資格喪失している方は受診できません。**
- ここに記載された個人情報に関しては健康管理事業以外には一切使用しません。

注: 受診は35歳以上の方に限らせていただきます