

1. 生活習慣病健診

利 用 申 込 書

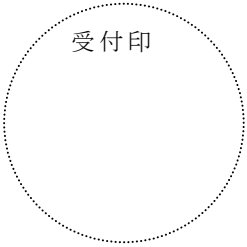
2. 日帰り人間ドック

(該当するほうを○で囲んでください)

記号・番号	—	本人・家族	★受診の際は本人確認のため被保険者証を必ずご持参ください。	
フリガナ		男	昭和 年 月 日生 才	
利用者名		女		
利用者住所	〒 —		TEL ( )	連絡先 ( )
事業所名				
事業所所在地	〒 —		TEL ( )	
受診確定日	月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 当組合直接契約 <input type="checkbox"/> 東振協契約 <small>(該当するほうにチェック)</small>		
受診病院名	Tel ( )			
前回受診	(1) 今回初めて		(2) 平成 年 月に受診	

< これより下の二重線内は記入しないでください。 >

契約料金		利用者 一部負担金	
受診日	年 月 日		
変更日	年 月 日		
備考			

〒160-0004 東京都新宿区四谷 1-23 東京貨物運送健康保険組合 健康管理課 TEL 03 (3359) 8162	
--	---

\* 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。 また、健診結果については健康保険組合にも報告され、保健事業（特定保健指導等）に使用されますのであらかじめご了承ください。

FAX 送信先番号 03 (3355) 3018