

令和8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
1 3 - 4 0 0

FAX 03-3355-3018

事業所名			
住 所	〒 ー		
保険証記号		電話番号	ー ー
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	会 場 コード	会 場 名	希望日
		1 男	会場 B	昭和・平成 ・	1. 本人 2. 家族			/
		1 男	会場 B	昭和・平成 ・	1. 本人 2. 家族			/
		1 男	会場 B	昭和・平成 ・	1. 本人 2. 家族			/
		1 男	会場 B	昭和・平成 ・	1. 本人 2. 家族			/
		1 男	会場 B	昭和・平成 ・	1. 本人 2. 家族			/
		1 男	会場 B	昭和・平成 ・	1. 本人 2. 家族			/
		1 男	会場 B	昭和・平成 ・	1. 本人 2. 家族			/
		1 男	会場 B	昭和・平成 ・	1. 本人 2. 家族			/
		1 男	会場 B	昭和・平成 ・	1. 本人 2. 家族			/

1. 申込締め切りは9月25日（厳守）
2. 受診対象は年度内35歳以上の方。
3. 氏名には必ずフリガナを付けてください。
4. 受診日に資格喪失している方は受診できません。

5. 健保組合を通した健診の利用は、会場別巡回健診（夏・秋・冬）、人間ドック、生活習慣病健診、定期健康診断のいずれか年1回のみです。
6. 健診機関の都合により会場や日程が変更になる場合がございますので、予めご了承ください。

7. 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。
8. 送付先住所の記入誤りにご注意ください。
9. 会場コードの記入誤りにご注意ください。