＜事業所用＞利用申込書（人間ドック・生活習慣予防健診・定期健康診断）

事業所記号		事業所名	
利用健診機関 （病院名）	□当組合直接契約 □東振協	TEL （ ）	
事業所担当者		連絡先 TEL	（ ）

□日帰り人間ドック □生活習慣病健診 □定期健康診断（健診ごとに申請してください）

※被保険者証や資格確認書等を健診機関へ必ずご持参ください

保険証番号	受診者氏名	性別	生年月日	年齢	受診日	種別
		男・女	昭 平 年 月 日	歳	月 日	本人・家族
		男・女	昭 平 年 月 日	歳	月 日	本人・家族
		男・女	昭 平 年 月 日	歳	月 日	本人・家族
		男・女	昭 平 年 月 日	歳	月 日	本人・家族
		男・女	昭 平 年 月 日	歳	月 日	本人・家族
		男・女	昭 平 年 月 日	歳	月 日	本人・家族
		男・女	昭 平 年 月 日	歳	月 日	本人・家族
		男・女	昭 平 年 月 日	歳	月 日	本人・家族
		男・女	昭 平 年 月 日	歳	月 日	本人・家族
		男・女	昭 平 年 月 日	歳	月 日	本人・家族

（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(税込)		利用者一部 負担金(税込)	

〒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　TEL03-3359-8162

受付印

※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。

メールアドレス　toka-kenpo@xui.biglobe.ne.jp

FAX送信先番号　03-3355-3018