腰痛健診利用申込書（健康開発センターで実施）

記入例

東京薬業健康保険組合　　殿

下記のとおり申し込みます。

健康保険証　記　号	9	9	9	9

※希望するコース（ＭＲＩ・ＣＴ）をお選びください。
※枠線内は全て記入してください。

健康保険証番号	氏　　名	対　象　者	希望するコース	生年月日	年齢	当組合の健診における個人情報の取扱い関する同意について ※チェックの無い方は受診できません。 ☑
99999	業務　太郎	被保険者・被扶養者	MRI・CT	S 51 年 10 月 5 日	40 才	☑ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する
		被保険者・被扶養者	MRI・CT	S　年　月　日	才	☐ 同意する

一部負担金		
	ＭＲＩコース	6,000円+消費税
	Ｃ　Ｔコース	3,000円+消費税

（注意事項）
（1）受診日は申込み後、受診日の約2週間前までに文書で通知します。
（2）申込みはFAXで可能です。FAXでの申込みの場合原本の送付は必要ありません。
（3）この申込書での「同意する」へのチェックについては事業主提供とは関係ありません。

【FAX番号】お間違いのないようご注意願います。

03（3833）3235

FAX番号のかけ違い（**特に市内局番の間違いが多発**）によりご迷惑をお掛けするケースが発生しております。上記番号を十分ご確認のうえ送信いただきますようお願い申しあげます。

【申込者記入欄】

事業所所在地（被保険者住所）	〒 110 － 0015 東京都台東区東上野1-27-2
事業所名（任継・特退は不要）	東京 株式会社
申込責任者（被保険者名）	総務課　総務 太郎
電話番号（連絡先）	03(3833)3272

【問合せ先】
東薬健保健康開発センター　検査課医事係
TEL　03(3833)3273