

総合健診利用書交付・再交付申請書

◎ 総合健診利用書は組合ホームページからも出力できます。

組合ホームページトップ > 総合健診利用書印刷（右側のバナーより）

令和 年度分 ※年度の期間は4/1～翌年3/31です

健康保険記号					事業所名称 (退職後の場合は記載不要)	
--------	--	--	--	--	------------------------	--

健康保険番号	氏名	続柄	生年月日	受診日 (決まっている場合)	この申請書の個人情報取扱について
			S H 年 月 日	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する
			S H 年 月 日	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する
			S H 年 月 日	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する
			S H 年 月 日	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する
			S H 年 月 日	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する

申請前に必ずご確認ください！

当組合の総合健診は、1年度に1回です。年度中（4/1～翌年3/31）に重複して総合健診を受診した場合は、2回目以降の健診費用の全額が自己負担となります。この申請にあたり、当組合の健診が複数回目でないことを十分にご確認ください。

上記のとおり申請いたします。東京薬業健康保険組合 殿

【申込先】 ※FAX可。原本の送付は不要です。

東薬健保健康開発センター 健診部 予防課

〒110-0015 東京都台東区東上野1-27-2

● 個人情報の取扱いについて

※ 本申請書に記入された内容は、本件以外には使用しません。

※ 個人情報の取扱いについては、ホームページ等に掲載しています。

※ 同意のない場合は「総合健診利用書」の交付はできませんのでご了承ください。

送付先	<input type="checkbox"/> 自宅宛	<input type="checkbox"/> 事業所宛
-----	------------------------------	-------------------------------

FAX 03 (3833) 3235

FAX番号はお間違いのないようお願いします。

送付先住所	〒 _____
宛名 (担当者名)	
申請者 連絡先	日中連絡がつく電話番号を記入してください。 ()

健保組合使用欄		
課長	係長	係