

課長	係長	係

令和  年度分

※年度の起点は4/1～翌年3/31です

# 総合健診利用書 交付申請書

## 再交付

※交付または再交付に○をつけてください。

保険証記号					事業所名称 (退職後の場合は記載不要)
保険証番号 (右づめで記入)	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(注意事項)

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。

送付先は下記の【申請者記入欄および送付先住所】の住所となります。

#### ● 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。

送付先に☑を入れてください

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

### 【申請者記入欄および送付先住所】

事業所名称	_____
申請者名	_____
送付先住所・宛名	〒 _____ _____
宛名	_____
電話番号	( _____ ) _____

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〕

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

※ 申込はFAX可。その場合、原本の送付は不要です。FAX番号はお間違いないようにお願いします。

FAX 03(3833)3235