

課長	係長	係

記入例

令和 **3** 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	9 9 9 9	事業所名称 (退職後の場合は記載不要)	東京株式会社			
保険証番号 (右づめで記入)	9 9 9	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
		企画 花子	本人 S H	46 年 10 月 23 日	R 3 年 5 月 6 日	<input checked="" 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 checked="" 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 東京株式会社

申請者名 総務課 総務 太郎

送付先住所・宛名
〒 110 - 0015
東京都台東区東上野1-27-2
東京株式会社 宛名 総務課 総務 太郎

電話番号 03 (3833) 3272

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