

## 家族健診申込書(健保会館及び胃検診委託施設実施分)

▶太枠内をご記入ください。

保険証の 記号・番号		事業所 名称	
フリガナ			
被保険者 氏名			
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
受診者 氏名			被保険者 との続柄  (妻・夫・長女等)
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	年齢 歳  ※年度末時点の年齢
住所	〒 - ※団地・アパート・マンション名及び棟・部屋番号までご記入ください。		
日中連絡可能な電話番号			
申 込 項 目	申込項目にチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。		
	<input type="checkbox"/> <b>家族健診 (2,000円…受診日に健康管理課に支払)</b> ⇒当組合から受診に必要な問診票等を送付いたします。(1週間程度) 到着後、受診日時をWEB予約のうえご受診ください。		
	<35歳以上で希望する方> <input type="checkbox"/> <b>胃検診 (2,000円…受診日に受診施設に支払)</b> ⇒当組合から周辺委託施設案内書類・予約票等を送付いたします。(1週間程度) 到着後、受診希望施設に直接電話予約のうえご受診ください。		

※この申込書に記入された個人情報は、家族健診申込み及び健保組合の統計のみに利用させていただきます。

[組合使用欄]	健	/	K	大	ピ	No.
	胃	/	I	-	-	No.

受付日

東京証券業健康保険組合理事長 殿  
 上記を申込みます。