

〒103-0025

東京都中央区日本橋茅場町3-1-2

健康管理課 FAX番号 03 - 3663 - 3146

( TEL番号 03 - 3666 - 8845 )

※申込はFAXでも可能です。

## 家族健診申込書(健保会館及び胃検診委託施設実施分)

保険証の 記号・番号	6000		事業所 名 称	任意継続被保険者 (被扶養者)	
フリガナ					
被保険者 氏 名					

フリガナ					
受診者 氏 名					
被保険者 との続柄		性 別	男 ・ 女	生年月日	昭 平 年 月 日
住 所	〒 ー				

※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(レ)してください。
	<input type="checkbox"/> 家族健診 (2,000円・・・受診日に精算) ※完全予約制  <35歳以上で希望する方> <input type="checkbox"/> 胃 検 診 (2,000円・・・受診日に精算) ※申込書提出後、当組合より送付する施設案内より受診施設を選び、 直接予約が必要となります。

連絡欄
-----

※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。

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。