

特定健診受診カード申込書



東京貨物運送健康保険組合

保険証記号番号	記号		番号		事業所名			
フリガナ								
被保険者氏名								
フリガナ					性別	男 ・ 女	続柄	本人 ・ 家族
(健診を受ける方の) 氏名								
生年月日	昭和	年	月	日 (歳)				
住 所 <small>(アパート・マンション名 棟室番号まで記入)</small>	〒							
電 話	()							

- 1.氏名には必ずフリガナをつけてください
 - 2.住所は、郵便番号、アパート・マンション名、〇〇方、棟室番号等も必ず詳細にご記入ください
 - 3.電話番号は市外局番からご記入ください 例 012(345)6789
 - 4.受診日までに資格喪失、または扶養削除された方は受診できません(資格なき受診者には後日実費全額を請求させていただきます)
 - 5.申込はFAXでおねがいします
- *ここに記載された個人情報に関しては健康管理事業以外には一切使用いたしません

FAX 03-3355-3018