

事業所巡回健診申込書

年 月 日

★ご記入いただきました個人情報に関しまして
①健診の実施を委託している一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会及び医療機関に提供いたします。
②組合並びに上記団体はこの健診を実施する目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

下記のとおり申し込みます。

※被保険者の方の健康診断です。
健診区分 40歳未満＝A2、40歳以上＝B

健保コード	13－578
-------	--------

事業所名	
〒	-
所在地	

電話番号	()	担当者	
------	-----	-----	--

保険証		フリガナ氏名	性別	続柄	生年月日	健診区分
記号	番号					
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B

保険証		フリガナ氏名	性別	続柄	生年月日	健診区分
記号	番号					
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B
			男	本人	昭和 年 月 日	A2
			女		平成	B

- (注意事項) 1. 性別、及び生年月日欄は、該当する文字または元号の数字をそれぞれ丸で囲んでください。
2. 健診区分欄は、40歳未満の方はA2、40歳以上の方はBを丸で囲んでください。
3. 受診対象者を被保険者（本人）の方のみとさせていただきますのでご了承ください。
4. 必ず地図（A4程度）を添付してください。
5. 健診実施日については担当医療機関より、電話連絡があります。