

# 生活習慣病予防健診申込書

※医療機関別に記入して2部 (契約外は1部)お送りください

※いずれかに○をしてください

※いずれかに○をしてください

1 直接契約 ・ 2 東振協 ・ 3 契約外
------------------------

1 施設内健診 ・ 2 巡回健診
------------------

※2 東振協は契約医療機関名簿(当健保組合のHPを参照)の表左側 No.をご記入ください

実施医療機関名	※東振協 No.
	No.

※複数枚の場合は1枚目に集計をしてください

本人	名	家族	名	その他	名	合計	名
----	---	----	---	-----	---	----	---

※予約日を必ずご記入ください

保険証番号 (必ずご記入ください)	氏名 (フリガナ)	性別	区分	生年月日	年齢	予約日
1		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
2		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
3		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
4		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
5		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
6		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
7		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
8		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
9		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
10		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
11		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
12		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
13		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
14		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・
15		男・女	本 家 そ の 他 人 族	昭和 平成	・ ・	令和 ・ ・

上記のとおり生活習慣病予防健診を申込みます。

令和 年 月 日

事業所記号 \_\_\_\_\_ 事業所名 \_\_\_\_\_

送付先〒 \_\_\_\_\_  
(工場等の住所)

連絡先 TEL \_\_\_\_\_ 申込責任者 \_\_\_\_\_

東京都金属プレス工業健康保険組合 殿

※健保組合の被保険者及び被扶養者以外の方は、全額自費になります。

※申込一覧表に記載されている個人情報については、これに係わる業務以外には一切使用致しません。