

令和7年度【巡回】健康診断利用申込書

4月～8月に巡回健診を希望される場合は3月7日(金)までに(4月を希望される場合には2月中)、9月～翌年3月に実施を希望される場合は6月13日(金)までにお申し込みください。

※巡回健診利用申し込みは原則20名以上からご利用いただけます。

事業所名					
健診希望場所	1.本社	2._____支店	3._____営業所	4._____工場	
実施場所住所					
実施場所担当者名		電話番号	FAX		
実施希望日	第1希望日	令和 年 月 日 ()	午前・午後		
	第2希望日	令和 年 月 日 ()	午前・午後		
	第3希望日	令和 年 月 日 ()	午前・午後		
	備考				
受診者数 ※必ずご記入ください	健康診断A 35歳未満	被保険者 名 未加入者 名	健康診断B 35歳以上	被保険者 名 未加入者 名	
駐車場所(レントゲン車)	大きさ:高さ3M・幅3M・長さ7M	1.駐車場あり		2.駐車場なし(道路使用許可を取得)	
健診日時の連絡先	1.本社担当者まで() 2.実施場所担当者まで				
受診票の送付先	1.本社 2.健診場所 3.その他()				
結果票の送付先	1.本社 2.健診場所 3.その他()				
歯科健診(加入者のみ)希望 *実施は東京都内に限ります。		1.有	2.無	_____名	

※巡回健診時の歯科健診については、実施できる人数に限りがございます(半日50名程度)。また、予定人数が少ない場合や実施スペースの確保ができない場合など、実施できないこともありますのでご相談ください。

令和 年 月 日

上記のとおり巡回健康診断を申し込みいたします

事業所所在地

事業所名

事業主名

電話番号

F A X

(申し込み先)

〒110-8611

東京都台東区東上野2-25-8

東京都食品健康保険組合

健康管理センター・健診担当宛

TEL 03(5688)5431

FAX 03(5688)5080



巡回健診につきましては、健診場所の環境や予定人数(原則20名以上)、実施を希望される時期、交通事情などによりお伺いできないこともあります。その際は春季、秋季に実施しております合同健診または都内近県の事業所様は上野健康管理センター・健診担当宛でご連絡ください。

※巡回日程決定後のキャンセル・日程変更は出来かねますのでご了承ください。