

記号：

健康診断利用申込書（事業所用）

令和 年度

事業所名

事業主名

事務担当者

事業所

電話：

所在地

受診日	被保険者 番号	フリガナ/氏名	性別	生年月日	年齢	コース	備考
/			男・女	昭和・平成 年 月 日		A・B その他	
/			男・女	昭和・平成 年 月 日		A・B その他	
/			男・女	昭和・平成 年 月 日		A・B その他	
/			男・女	昭和・平成 年 月 日		A・B その他	
/			男・女	昭和・平成 年 月 日		A・B その他	
/			男・女	昭和・平成 年 月 日		A・B その他	
/			男・女	昭和・平成 年 月 日		A・B その他	
/			男・女	昭和・平成 年 月 日		A・B その他	
/			男・女	昭和・平成 年 月 日		A・B その他	
/			男・女	昭和・平成 年 月 日		A・B その他	

【注意事項】

申込日：令和 年 月 日

- ①健康診断の利用は年度内1回です。人間ドックとの重複受診はできません。
- ②未加入者や2度目受診、乳房超音波・マンモグラフィーをご希望の方は備考欄に記入してください。
- ③受診料金（一部負担金）は、後日事業所宛に1ヶ月分まとめて請求します。健保組合指定口座へお振り込みください。
※未加入者分は別口座、被扶養者及び任意継続の方はコンビニ振込でのお支払いになります。
- ④雇入時健診及び深夜業務健診の健康診断についてはお問い合わせください。
- ⑤健康診断実施内容・金額についてはQRコードからご確認いただけます。

各種健診についてはこちら→



受診場所（どちらかに□を付けてください）

◎電話でご予約後FAXまたは郵送でお送りください（FAX・郵送以外での申し込みについてはご相談ください）。

 上野健康管理センター 組合指定医療機関 幸楽メディカルクリニック

電話：03-3833-5167 / FAX：03-3833-5277 電話：03-3355-0308 / FAX：03-3355-0266

※健保組合が行う健診業務の個人情報利用目的については、個人情報保護法及び関連諸法令を遵守します。
 また、利用目的達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱いません。

東京都食品健康保険組合