

健保コード	健 保 名 称
1 3 - 5 2 5	東京都電気工事健康保険組合

事業所記号 _____

事業所名 _____

所在地 〒 _____

電話番号 () _____

担当者 _____

会場別巡回健診申込書

被保険者番号	フリガナ	健診コース	性別	生年月日	続柄	会場コード	会場名	希望日
			1男 2女	昭5 平7 ・	1本人 2家族			
			1男 2女	昭5 平7 ・	1本人 2家族			
			1男 2女	昭5 平7 ・	1本人 2家族			
			1男 2女	昭5 平7 ・	1本人 2家族			
			1男 2女	昭5 平7 ・	1本人 2家族			
			1男 2女	昭5 平7 ・	1本人 2家族			
			1男 2女	昭5 平7 ・	1本人 2家族			
			1男 2女	昭5 平7 ・	1本人 2家族			
			1男 2女	昭5 平7 ・	1本人 2家族			
			1男 2女	昭5 平7 ・	1本人 2家族			

※ 希望日については、実施日が2日以上ある場合のみ記入
 ※ 健診区分 A1コース……健康診断 Bコース……生活習慣病健診（35歳以上）

・事業所記号・被保険者番号は必ず明記して下さい。
 ・当健保組合の加入者以外で受診する場合は被保険者番号欄にPと記入して下さい。
 （受診料は後日健診機関より実費請求となります。）