

常務理事	事務長	課長	調整官	係長	扱者

特定健康診査E「受診カード」交付申請書

★太枠の中を記入して下さい。

会社名	
記号—番号	—
被保険者氏名	
フリガナ	
受健者氏名 (交付を希望される方の氏名)	(男・女) S 年 月 日生 歳
送付先 会社・自宅	〒 — ※会社へ送付ご希望の際は空白のままにしてください
	受付日付印

【留意事項】

- この健診を希望される方は、当健康保険組合が実施する他の健診と併用して受けることはできません。
- 対象年齢は40歳以上となります。
(本年4月から翌年3月までに40歳になる方も含まれます。)
- 健診料金2,000円をご負担いただきます。
- (一財)東京都総合組合保健施設振興協会と契約がある健診機関でのみ利用でき、市区町村で実施する健康診断では利用できない場合があります。
契約健診機関についてはホームページをご覧ください
(<http://www.toshinkyu.or.jp/health/tokutei.html>)

FAX : 03-3473-9405