

# 特定健診申込書 (東振協契約健診型)

※健診の補助は年度内1回です。  
 ※受診日の3週間前までに提出してください。

実施健診 機関	健診機関コード	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
名称：( )							

健康保険証の 記号番号	—						
氏名	(男・女)						
続柄	1. 父 2. 母 3. その他 ( )						
生年月日	昭和	年	月	日			
年度末年齢	歳						
住所	〒— Tel ( )						
受診予定日	年	月	日				

受診者

上記のとおり申込みます。

年 月 日  
 東日本電線工業健康保険組合 御中  
 事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者名 \_\_\_\_\_ ㊞

## 組合記入欄

常務理事	専務長	部長	課長	担当

受付日付印

送付日	送付
/	

送付先 〒104-0032 東京都中央区八丁堀 1-11-3  
 東日本電線工業健康保険組合