

2022年度 巡回レディース健康診断申込用紙

NO.

※万が一後日、受診資格が無かったことが発覚した場合や当組合の健診が同一年内2回目であることが発覚した場合は健診料金の全額をご負担いただきますので予めご承知おきください。

■必須項目（もれなくご記入ください）

健康保険組合の名称		東京都電機		健康保険組合		
保険証の記号・番号		記号	番号			
受 診 者	フリガナ			続柄 <small>どちらか〇してください</small>	被扶養者	
	氏名					
	生年月日 <small>昭和56年3月31以前に 生まれた方が対象です。</small>	昭和	年	月	日	() 歳
	住所 マンション名等も 正確に ご記入ください。	<input type="text"/> - <input type="text"/> <small>都道 市郡 府県 区</small>		2023年3月31日時 点の年齢を記入下さ い		
連絡先	電話	()				
	日中連絡先	()				
被 保 険 者	勤務事業所名					
	氏名					

■希望会場（「健康診断実施会場・予定日一覧」をご覧ください。会場コードも必ずご記入ください）

※お申込みは、受診希望日の前々月10日必着となります。

	会場コード	会場名(左記の会場コードも必ず記入ください)	希望予定日
第一希望			月 日
第二希望			月 日
第三希望			月 日

■選択検査項目（ご希望の検査に〇印をつけてください。基本検査は必須となります）

※どちらか一方をお選びください（両検査共に受けることはできません）

↓〇	項目名
選	乳房超音波検査（エコー）
択	乳房X線検査（マンモグラフィ）

※乳房X線検査（マンモグラフィ）は、実施していない会場がございます。「健康診断日程一覧」でご確認ください。



※当日受付にて、契約項目以外のオプション検査をご希望された場合は別途料金が発生致します。

■ご意見がございましたらご記入ください

※ご意見につきまして、弊会からの連絡を 希望する ・ 希望しない （〇で囲んでください）

[全健協使用欄]		
受付	処理	完了

一般社団法人 全国健康増進協議会

送付先 Faxの方：03-5812-0911
 郵送の方：〒113-8566
 東京都文京区湯島3-15-4
 東京都電機健康保険組合 健康事業課