

健康診断申込書 (員外用)

東京織物健康保険組合 健康管理センター

東京都中央区日本橋堀留町1-9-6
電話 03(3661)2257 FAX 03(3666)9621

記号	19999	番号		ID	
----	-------	----	--	----	--

↓ ※ご記入後、FAXまたはご郵送にてお申し込みください。お電話での予約はできません。

氏名	フリガナ	性別	生年月日
	様	男・女	大正 昭和 平成 年 月 日
住所	〒		年齢
			歳
電話	— — (会社・携帯・自宅) 会社名 ←会社の場合は会社名 を記載してください。	受診歴	(今までに当組合で受診したことがありますか) ある ・ ない

- 受診日はお電話にてご確認ください。ご確認後は当日中に当申込書をご送信ください。
○希望する健診コースに○をつけ、ご確認いただいた受診希望日を記入してください。
○なお、年度内で80歳以上になられる方は、胃部検査は実施できません。
○女性の方で腹部超音波(有料)をご希望される場合は、備考にその旨をお書き添えください。

	人間ドック・レントゲン(バリウム)	¥35,000	受診希望日 令和 年 月 日
	人間ドック・くちカメラ	¥40,000	
	人間ドック・鼻カメラ	¥40,000	
	若年層健診	¥10,000	〈備考〉 ※連絡事項等ありましたらご記載ください
	入社健診	¥10,000	

※日程が確定しましたら、受診日の約1ヵ月前に日時指定票をご郵送いたします。