

# 若年層健診申込書

(組合健康管理センター用)

対象者: 35歳未満の被保険者

本人用

④

事業所名	健診日時指定票等は、受診月の約1か月前に、事業所担当者様宛に送付いたします。		
担当者氏名	連絡先		
※1 料金のお支払方法を必ずご選択ください → 【基本料金】 1,000円		受診当日支払 ・ 後日会社請求	

保険証 記号	受診者名	生年月日	年齢	性別	受診希望月	※2 備考(特記事項)
		S・H 年 月 日		男 女	月	月 日 月 日
		S・H 年 月 日		男 女	月	月 日 月 日
		S・H 年 月 日		男 女	月	月 日 月 日
		S・H 年 月 日		男 女	月	月 日 月 日
		S・H 年 月 日		男 女	月	月 日 月 日
		S・H 年 月 日		男 女	月	月 日 月 日
		S・H 年 月 日		男 女	月	月 日 月 日
		S・H 年 月 日		男 女	月	月 日 月 日
		S・H 年 月 日		男 女	月	月 日 月 日
		S・H 年 月 日		男 女	月	月 日 月 日

## 《注意事項》

### ※1 料金の請求について

お支払方法をご選択下さい。後日会社請求の場合は、月締め翌月の請求となります。

### ※2 備考(特記事項)について

受診希望日等ございましたら、ご記入ください。

人数により希望に添えない場合もございます。

当組合HPで日程の予約(空き)状況等をご確認の上、お申込下さい。

お申込は、希望日の属する月の前々月(2か月前)の末日で受付を終了いたしますので、

お申込期日をお守りいただきますようお願いいたします。

### ※ 受付時間について

AM10:30~10:45までのみとなります。

受付時間厳守にご協力ください。

受付印
東京織物健康保険組合 電話 03-3661-2257 FAX 03-3666-9621 〒103-8554 東京都中央区日本橋堀留町1-9-6