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ヵ月前に、事業所事務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				

保険証番号	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	年　月　日 年　月　日
		S・H 年　月　日		男 女	月	年　月　日 年　月　日
		S・H 年　月　日		男 女	月	年　月　日 年　月　日
		S・H 年　月　日		男 女	月	年　月　日 年　月　日
		S・H 年　月　日		男 女	月	年　月　日 年　月　日
		S・H 年　月　日		男 女	月	年　月　日 年　月　日
		S・H 年　月　日		男 女	月	年　月　日 年　月　日
		S・H 年　月　日		男 女	月	年　月　日 年　月　日
		S・H 年　月　日		男 女	月	年　月　日 年　月　日
		S・H 年　月　日		男 女	月	年　月　日 年　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ヵ月前）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