

入社健診申込書

電話確認後、当組合までFAXにてお申込みください。

FAX番号 03-3666-9621

事業所名		連絡先	TEL
			FAX

保険証記号				担当者名	○注意事項を必ずお読みいただき、FAXにてお申込ください。
-------	--	--	--	------	-------------------------------

※2 保 険証番号	受診者名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	※1受診希望日
			男 女	昭平 . .	歳	月 日()
			男 女	昭平 . .	歳	月 日()
			男 女	昭平 . .	歳	月 日()
			男 女	昭平 . .	歳	月 日()
			男 女	昭平 . .	歳	月 日()
			男 女	昭平 . .	歳	月 日()
			男 女	昭平 . .	歳	月 日()
			男 女	昭平 . .	歳	月 日()
			男 女	昭平 . .	歳	月 日()
			男 女	昭平 . .	歳	月 日()
			男 女	昭平 . .	歳	月 日()

<注意事項>

※1 お電話でのご予約は承れません。

- ・受診可能日をお電話で確認の上、同日内にFAXにてお申込みください。
- ・お申込書到着後に予約手続きを行います。
- ・定員数があるため、お申込のタイミングによりご希望に沿えない場合がございます。

※2 資格取得後の方は、必ず保険証番号の記載をお願いいたします。

- ・ご受診は資格取得後3ヵ月以内の方に限ります。
- ・同一事業所や関連事業所での再雇用、雇用体系変更ではご利用いただけません。

※日時指定票の送付先は、当方に登録のある事業所所在地のみとなります。

- ・個別送付(個人の自宅や店舗等)は承れませんので、予めご了承ください。
- ・日時指定票発送までに数週間お日にちをいただく場合がございます。

※当組合の健康診断制度は入社健診を含め、年度内(4月～翌年3月)1回のみです。

2回目以降は全額自己負担になります。

入社健診結果は3～4週間後に事業所様に送付いたします。

受 付 印
東京織物健康保険組合 tel 03-3661-2257 fax 03-3666-9621 〒103-8554 東京都中央区日本橋堀留町1-9-6