

平成29年度 特定健診申込書 (対象:申込時・受検時に40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者)

税務会計監査事務所健康保険組合 御中

◎事業所名

◎所在地 〒

◎TEL ()

※40歳以上74歳以下(申込時・受検時)

保 険 証		フ リ ガ ナ	生年月日	年 齢	続 柄	性 別	備 考
記 号	番 号	氏 名					
			昭和 年 月 日			男 ・ 女	
		住所〒			TEL ()		
			昭和 年 月 日			男 ・ 女	
		住所〒			TEL ()		
			昭和 年 月 日			男 ・ 女	
		住所〒			TEL ()		

※健診事業遂行のために以下のことを行います。
 ①健診委託機関への申込者情報を提供します。
 ②健診委託機関から受検者の健診データを収集し、当組合で管理いたします。
 以上のことについて、ご質問のある方は、組合までご連絡下さい。

※受診券を送付いたしますので、ご自宅の住所・TEL欄は必ずご記入ください。

※受検日に資格を喪失している場合は、補助の対象となりませんのでご注意ください。

申込書送付先: 〒169-0072 新宿区大久保2-12-11 税務会計監査事務所健康保険組合 TEL 03(3232)5541