特別健診申込書　　（　/　）

申込医療機関	整理番号	名　称
事業所	記　号	名　称

実施人数	男	名	女	名	計	名

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	受診予約日

〒

事業所所在地

担 当 者 氏 名

連　絡　先　TEL

※申し込みにあたっての注意

① 医療機関ごとに用紙を分けてお申し込みください。
② 受診者が６名以上の場合は続紙にご記入ください。
③ 各種健診同様、年度内いずれか一回を限度としておりますので今回の健診を受診した場合には他の健診は受けることができませんのでご承知おきください。
④ この申込書は受診日の２週間前までに当組合へFAXまたは郵送にてお送りください。
⑤ 一部負担金については、本申込書を提出する際、当組合総務課健康管理係にお支払いください。

＜一部負担金の支払方法＞

次のいずれかの支払方法に〇をしてください。

・組合に持参
・郵便振替(　　月　　日)
・銀行振込(　　月　　日)

※郵便振替の場合は下記口座にお願いします。
口座番号　00190－9－196480
加入者名　東京アパレル健康保険組合

※銀行振込の場合は下記口座にお願いします。
銀行名　ゆうちょ銀行
支店名　〇一九(ゼロイチキュウ)支店
預金種別　当座
口座番号　196480
口座名義　東京アパレル健康保険組合

受付

申込書提出先

東京アパレル健康保険組合
〒101－0032　東京都千代田区岩本町2－5－7
TEL　03－3862－7541　Fax　03－3862－9145