

「進興会 東プラ健診クリニック」専用 特定健康診査申込書

平成30年度用

平成 年 月 日

必要な範囲での個人情報の提供について同意のうえ申込みます。

						被保険者氏名			
						事業所名			
保険証記号	保険証番号	フリガナ 受診者氏名	性別	続柄	生年月日	受診コース	受診予定日	一部負担金	
			1. 男 2. 女	1. 配偶者 2. その他	昭和 年 月 日	特定健康診査	平成 年 月 日	1,000円	

- 毎週火曜日は女性専用日です。
- 受診対象者は、年度末(平成31年3月31日時点)で40歳以上の被扶養者です。
- 検査項目については、当健康保険組合ホームページでご確認ください。
- 本申込書は、「進興会 東プラ健診クリニック 予約センター」で電話予約をした後、以下の住所にFAXか郵送でご提出ください。

〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階
 医療法人社団 進興会 東プラ健診クリニック 予約センター
 TEL:03-5833-3475 FAX:03-5833-5641

※ 注意事項

○平成30年4月以降、他の医療機関で健康診断(生活習慣病検査・巡回婦人健診・人間ドック・特定健診)を受診して補助を受けた方、健診日に資格削除(喪失)している方(東プラ健保組合の保険証をお待ちでない方)は全額自己負担となりますのでご注意ください。

<受診案内送付先> ご記入いただいた住所へ事前案内を送付いたします。

住所 〒

連絡先

_____ () _____