

医療機関提出用

東振協契約 健診申込書【巡回用】

※この用紙を使用する際は、希望する医療機関と予め予約調整を行ったうえ、**直接医療機関へ送付**してください

健診コース	A2コース		Bコース (35歳以上)		補助なし _____ 健診		補助なし _____ 健診	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
健診料	4,906円(税込)		6,776円(税込)					
申込者数								
合計								

事業所名			
実施年月日	年 月 日 ()		
巡回先住所	〒		
巡回先電話番号		担当者	
診察等に必要部屋の有無	有 ・ 無		

結果送付先住所	補助利用→東振協より結果送付 補助なし→医療機関から結果送付
	〒
請求先住所 (上記と異なる場合のみ)	補助利用→差額を医療機関より請求 補助なし→全額を医療機関より請求
	〒

上記のとおり申込みします。

年 月 日

医療機関様へお願い

この健診は東振協契約になります。

◇補助利用者は下記の料金(税込)にて健診実施してください。

A2コース	Bコース	※オプション検査については組合補助なし
4,906円	6,776円	※健診料は事業所へ直接請求

◇補助なし受診者の健診料については全額事業所へ請求してください。

東京港健康保険組合

TEL : 03-3455-0063