

**医療機関提出用**

**東振協契約医療機関 健診予定者一覧【巡回用】**

申込日 年 月 日

記号	事業所名	担当者連絡先
		TEL : 担当者名 [                      ]

※この用紙は、医療機関へ提出してください

※巡回健診に限り、利用券の送付はございません(この用紙が利用券の代わりとなります)

※年度内2回健康診断を受診する方の場合、補助利用はいずれか1回ですのでご注意ください

受診する医療機関名	受診日	年 月 日
-----------	-----	-------

【補助対象】

・東京港健康保険組合の加入者で、年度1回目の補助利用であること

・A2コースまたはBコースを受診の場合のみ

	被保険者証	受診者(予定者)氏名	続柄 (本人・家族)	補助利用 (○・×)	健診種別	オプション検査
	番号				A2コース(4,906円) Bコース(6,776円) その他(補助なし)	(補助なし) 全額事業所負担
例	1234	〇〇 ×××	本人	×	その他(特定業務従事者健診)補助なし	腹部超音波
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						