健保提出用

補助金利用者のみ

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（資格確認後、不備等あればご連絡します）
		TEL： 担当者名【　　】

※この用紙は、医療機関に予約後、すみやかに健保組合へ提出してください（資格有無・二度受診等の確認のため）

※巡回健診に限り、利用券の送付はございません(予約の際、補助の利用有無をお間違いないようご注意ください)

※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

※補助金を利用する方のみ記入してください

FAX送付先

東京港健康保険組合

03-3798-3327

受診する医療機関名		受診日 （決まっている場合記入）	年　月　日

	被保険者証 番 号	受 診 者 （予定者） 氏 名	続 柄 （本人・家族）	健診種別（□にチェックをしてください） A2コース	 Bコース
1				□	□
2				□	□
3				□	□
4				□	□
5				□	□
6				□	□
7				□	□
8				□	□
9				□	□
10				□	□
11				□	□
12				□	□
13				□	□
14				□	□
15				□	□
16				□	□
17				□	□
18				□	□
19				□	□
20				□	□