

年 月 日

被保険者	生活習慣病予防健診	
	簡易生活習慣病予防健診	
被扶養者	生活習慣病予防健診	

利用申込書

健診機関名	
-------	--

組合名	東京自動車教習所健康保険組合	健保コード	13-599
事業所名		担当者名	
所在地		電 話	
被保険者氏名		記号 番号	—
フリガナ		1.男 2.女	1.本人 2.家族
利用者氏名			
生年月日	S H 年 月 日 歳	婦人科健診	1.希望する 2.希望しない
利用者住所	〒 — ☎ ()		
受診日	年 月 日 曜日	1.予約済 2.未予約	
	健診結果を事業主に提出することに同意		1.する 2.しない
備 考			

1. 申込書は、希望する健診機関に直接電話で予約し、受診日が決定してから組合に提出してください。
2. 該当するところを○で囲んでください。