

東振協専用

民間放送健康保険組合

被保険者生活習慣病予防健診(東振協 B コース)申込書
(東京・大阪・仙台・福岡支社勤務被保険者用)

事業所名	
担当者名	
電話番号	

下記被保険者について、下記契約健診機関に予約をしたので申込みます。

令和 年 月 日提出

健診機関名		コード 番 号

F A X 送付先	本 部	03-3238-1047
	北海道・東北支部	022-299-5530
	中国・四国支部	082-242-2854
	九 州 支 部	092-714-7632

被保険者記号		予 約 者 名 簿		
番 号	氏 名 生 年 月 日	住 所	受 診 予 約 日	
	昭和 平成 年 月 日生		令和	年 月 日
	昭和 平成 年 月 日生		令和	年 月 日
	昭和 平成 年 月 日生		令和	年 月 日
	昭和 平成 年 月 日生		令和	年 月 日
	昭和 平成 年 月 日生		令和	年 月 日

[ご注意]

- この申込書は予約した健診機関ごとに作成してください。
- 管轄の本部又は支部に郵送またはFAXで申込みをしてください。
- 生活習慣病予防健診は、自己負担なしで受診できます。
(下記検査を含む。オプション健診は除く。)
- 胃部X線検査・婦人科健診・前立腺 (PSA) を希望する場合は、健診機関にその旨を伝えてください。
- 当組合から「受診票」は発行しません。

受付日付印