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

|  |  |
| --- | --- |
| ＦＡＸ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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健診機関名 |  | コード番　 号 |
|  |

受付日付印

予　約　者　名　簿

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号 |  |
| 番号 | 氏　　　 名 | 住　　　　　所 | 受 診 予 約 日 |
| 生 年 月 日 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　 日 |
| 昭和 年　　月　　日生平成 |
|  |  |  | 令和 　 年　　月　 日 |
| 昭和 年　　月　　日生平成 |
|  |  |  | 令和 　 年　　月　 日 |
| 昭和 年　　月　　日生平成 |
|  |  |  | 令和 　 年　　月　 日 |
| 昭和 年　　月　　日生平成 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　 日 |
| 昭和 年　　月　　日生平成 |

〔 ご注意 〕

1．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。

2．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。

3．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。）

4．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。

5．当組合から「受診票」は発行しません。