

同 年 月 日						
専務理事	常務理事	事務長	部 長	課 長	係 長	扱 者

40歳以上の被扶養者（家族）・  
任意継続者対象

## 特定健診申込書（東振協用）

①健康保険証 記号・番号	—		被 保 険 者 氏 名	⑩		
②事業所名	電話 ( )					
③ 利 用 者	フリガナ		性別	続柄	生 年 月 日	
	氏 名		男 ・ 女	任 継 ・ 家 族	昭 和	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒 — 電話 ( )				
④受診予定日	年 月 日 ( )					
⑤健診機関名			健診機関 コード			
<input type="checkbox"/> 個人情報の取扱いに同意します。 ※個人情報の取扱いについては、ホームページ等に記載しています。						

申込書は、受診予定日の10日前までに、当健診センターまでFAXにてお申込ください。

<記入方法>

- 健康保険証の記号・番号ならびに被保険者氏名を記入してください。
- 事業所名と電話番号を記入してください。
- 利用者の氏名・性別・続柄・生年月日・住所・電話番号を記入してください。
- 受診予定日を記入してください。（あらかじめ、**健診機関へ直接電話等で予約**してください。）
- 受診する、健診機関名と健診機関コード（※ホームページ参照）を記入してください。

※電設工業健康保険組合の『トップページ』→『健康管理事業』→『外部健診機関での受診』  
→『特定健診』→『特定健診契約健診機関一覧』をご覧ください。

<受診方法>

- 健診当日は、『健康保険証』と『東振協専用健診受診カード（お申込み後ご自宅へ送付）』を持参のうえ、受診してください。

<注意事項>

- 特定健診・生活習慣病予防健診・人間ドック・家族健診等は、いずれか年度内に1回の利用となります。**重複受診はできません**のでご注意ください。（年度区分：4月1日～翌年3月31日）
- 受診当日までに資格を喪失された方は受診できません。

受付日付印

**お申込み・お問い合わせ先**

電設健保へるすびあ健診センター 健康管理課

電話：03-5970-6811 FAX：03-5970-6863