

## 東振協契約 健診等申込書<巡回用>

健診コース	A1コース <small>(40歳未満の被扶養者のみ)</small>		A2コース		Bコース <small>(35歳以上)</small>		D1コース <small>(35歳以上)</small>		合計
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
申込者数									

実施年月日	年      月      日      (      )		
巡回先住所			
担当者名			電話番号
事業所所在地 <small>(結果送付先住所)</small>	〒 _____		
請求書 送付先住所	〒 _____		* 医療機関から後日請求があります。 * 健診結果送付先と異なる場合のみご記入ください。
心電図・診察等に必要部屋の有無		有      ・      無	
備考			

上記のとおり申し込みいたします。

年      月      日

事業所記号

所在地

事業所名称

○この申込書は希望する医療機関と調整を行ったうえ直接 **医療機関へ送付** してください。

(郵便またはFAX)

-----  
 <医療機関様へのお願い>

◎この健診は、**東振協契約** です(オプション検査につきましても、事業所に直接請求してください)。

◎年齢又は続柄によって受診できるコースが異なりますので、記載事項の確認をお願いいたします。

健診コース	A1コース	A2コース	Bコース	D1コース
一部負担金	無料	500円	1,500円	8,000円