

被扶養者（東振協 A2 コース）専用

常務理事	事務局長	課長	係長	担当者

東京広告業健康保険組合 御中

①. 被扶養者健診（東振協 A2 コース）申込書

以下内容のとおり予約したため、申しいたします。

健診機関名	〇〇〇〇〇〇健診センター (健診機関コード 〇〇〇〇〇)	受診日	〇〇年△△月□□日
-------	---------------------------------	-----	-----------

保険証のお名前の上にあります！	事業所名	株式会社アドけんぼ		
	保険証の記号と番号	888 - 9999	被保険者名	東広 太郎
受診者	氏名	東広 美子	続柄	妻
	生年月日	〇〇年△△月□□日 生	年齢	〇〇
	住所	東京都中央区築地 4-1-1 東劇ビル 16F	電話番号	03-9999-9999

注意事項

- この申込書は、当健保組合の被扶養者の方が、東振協契約健診機関で健診（A2 コース）を予約した際に、当健保組合に必ず**受診前**に提出してください。
- 年度内に 40 歳から 75 歳未満の方については特定健診検査項目の受診を必須といたします。1 項目でも未受診項目がある場合は健診費用全額を受診者に請求いたしますのでご了承ください。
- 被扶養者健診・主婦健診(巡回)・人間ドック(35 歳以上)のいずれかを年度内に 1 回限り受診できます。

個人情報について

健康保険組合は、健診結果に基づく事後指導を効果的に行うため、健診機関から全ての検査項目の個人結果を取得することになりますので予めご了承ください。

この申込み報告書に記載のある受診者に係る保有した個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に保管し、皆さまの健康の保持・増進のために行う保健指導、健康相談の目的以外には使用いたしません。