

※予約後、受診日前までに必ず提出してください。

東京広告業健康保険組合 御中

常務理事	事務局長	課長	係長	扱者

事業所記号

事業所名 \_\_\_\_\_

事務担当者 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### ㉟. 総合健診(直接契約機関専用) 申込書

直接契約機関

1. 中通健康クリニック 2. 新潟南病院 3. 中日病院  
4. 関西労働保険協会(アクティ健診センター)

合計	@3,000円 × _____ 名
	¥ _____

銀行振込予定日	※振込の場合は必須です。振込予定日は当組合に本書が到達後とさせていただきます。

保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号 (記入不要)	
	本人	フリガナ			健診機関
自宅住所	〒 _____			受診日 (予約)	_____年 _____月 _____日
電 話	( _____ ) _____	生年月日	S H _____年 _____月 _____日 _____オ	コース	総合健診(直接契約)
保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号 (記入不要)	
	本人	フリガナ			健診機関
自宅住所	〒 _____			受診日 (予約)	_____年 _____月 _____日
電 話	( _____ ) _____	生年月日	S H _____年 _____月 _____日 _____オ	コース	総合健診(直接契約)
保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号 (記入不要)	
	本人	フリガナ			健診機関
自宅住所	〒 _____			受診日 (予約)	_____年 _____月 _____日
電 話	( _____ ) _____	生年月日	S H _____年 _____月 _____日 _____オ	コース	総合健診(直接契約)
保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号 (記入不要)	
	本人	フリガナ			健診機関
自宅住所	〒 _____			受診日 (予約)	_____年 _____月 _____日
電 話	( _____ ) _____	生年月日	S H _____年 _____月 _____日 _____オ	コース	総合健診(直接契約)
保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号 (記入不要)	
	本人	フリガナ			健診機関
自宅住所	〒 _____			受診日 (予約)	_____年 _____月 _____日
電 話	( _____ ) _____	生年月日	S H _____年 _____月 _____日 _____オ	コース	総合健診(直接契約)

※「各種健診のご案内」の内容を承諾のうえ申請してください。なお、「各種健診のご案内」は、当組合ホームページに掲載しております。

URL <http://www.adkenpo.or.jp/>

#### 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。本書の受診者個人情報は、保護及び安全に保管し、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。

健診についてのお問合せ 健康管理課: TEL 03-6226-4530

R5.7.1改訂