※予約後、受診日前までに必ずご提出ください。
※提出方法については、当組合窓口、又は郵送を推奨いたします。

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

事業所記号

事業所名称

Ⓑ.　総合健診（東振協Bコース専用）申込書

以下内容で、総合健診（東振協Bコース）を予約したため、申込いたします。

［ 区分及び実施方法は該当の番号を選択してください。 ］

本社・支社の区分	1. 本社 2. 支社 （　　支社・営業所）	担当者名	
所 在 地		電話番号	（　）
受診日（予約日）	自　　年　　月　　日　～　至　　年　　月　　日		
健診機関名（東振協契約機関名）	健診機関コード（　）	実施方法	1. 固定施設 2. 巡回

受　診　者　名　簿

（ 計　　名 ）

保険証番号	被保険者氏名	年齢	保険証番号	被保険者氏名	年齢

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、皆様の健康の保持・増進のために行う健康指導、健康相談の目的以外には使用いたしません。

注　意　〇本書は、東振協契約健診機関で総合健診（東振協Bコース）を予約後、当組合に必ず受診日前に提出してください。
〇個人成績表は、受診後に委託健診機関より東振協を経由のうえ、事業所の個人宛（密封）に送付いたします。
また、事業所の控えとなる結果一覧表は東振協から当組合を経由の上、事業主宛に送付いたします（受診から約2～3ヵ月後）。
〇事業主一部負担金については、東振協から当組合に受診者結果報告書が届き次第、事業所あてに請求書を送付いたします。

R3.4.1改訂