

|      |     |    |    |   |
|------|-----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係 |
|      |     |    |    |   |

胸部CT検査申込書

|        |      |                                    |  |       |  |     |        |
|--------|------|------------------------------------|--|-------|--|-----|--------|
| 保険証記号  |      | 123                                |  | 保険証番号 |  | 456 |        |
| 被保険者氏名 |      | 健保太郎                               |  |       |  |     |        |
| 受診者    | フリガナ | ケンポ タロウ                            |  |       |  | 性別  | 男・女    |
|        | 氏名   | 健保太郎                               |  |       |  | 続柄  | 本人・配偶者 |
|        | 生年月日 | 昭和 42 年 7 月 1 日<br>平成              |  |       |  | 年齢  | 〇〇 歳   |
|        | 住所   | 〒 135 - 0001<br>東京都江東区錦糸 1-2-3     |  |       |  |     |        |
|        | 電話番号 | 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇                   |  |       |  |     |        |
| 医療機関名  |      | 〇〇〇〇 〇〇〇〇<br>電話番号 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇 |  |       |  |     |        |
| 健診日    |      | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                     |  |       |  |     |        |
| 備考     |      |                                    |  |       |  |     |        |

- ① 40歳以上(年度内到達者含む)の被保険者及び被扶養配偶者が対象です。
- ② この申込書は、健診日を予約した後、組合へ郵送又はFAXでお送りください。後日、組合から補助金請求書を送付いたします。

印刷製本包装機械健康保険組合

〒135-8318  
東京都江東区毛利2-6-5  
TEL 03-3634-0048  
FAX 03-3634-0428