(一財) 東京社会保険協会 会員事業課 宛

FAX:03-3209-1759

会員健診 FAX申込書

健康保険証の記号						会員番号(会費払込受領証に記載の7ケタの番号))番号)	
事業所名(支店・営業所名もご記入ください)													
事業所所在地													
-													
書類送付先(事業所所在地と異なる場合のみご記入ください)													
〒 ─													
電話番号						電話番号							
事業所の担当者氏名						書類送付先の担当者名							
健 康 保険証 の番号	本人 • 配偶者	ふりがな お 名 前	性別	生	年月			健診機関 Oで囲んでくだ	さい	受診日時 【予約】			
	本・配		男•女	昭和•平成				フィオーレ	葛飾	月	В	:	
					J	月	В	日本橋 両	玉				
	本・配		男・女男・女	昭和•	^{別和・平成} フィオーレ 葛飾		月	В	:				
) 	月	В	日本橋 両	玉				
	本•配			昭和・平成 年 昭和・平成				フィオーレ		月		:	
						月	В	日本橋 両	玉				
	本•配	広・酉		□□↑□ · ↑ /火				フィオーレ		月		:	
				年	J	月	∃	日本橋 両	玉				