(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)						
事業所名(支店・営業所名もご記入ください)									
事業所所在地									
〒 —									
ま数学付生(東学所所在地と思たる場合の3.ごう3./ださい)									
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	雷	電話番号							
健康 本人 ふりがな 保険証 の番号 配偶者 お名前	- 性別	生年月日		健診機	健診機関		受診日時 【予約】		
00 2 33	昭和]•平成							
本・配	男•女	年 月 E		フィオーレ		月日		:	
	1]•平成							
本•配	男・女	年	月 日	フィオー	-レ	月		:	
本•配	男•女	□•平成		フィオーレ		月日	Р	:	
			月 日			7	•		
本・配	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□•平成		フィオー	- ,	月日	В	:	
		年	月 日			, -	-		