（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

〒　　―

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

保険証番号	本人・配偶者	ふりがな / お名前	性別	生年月日	健診機関 ○で囲んでください	受診日時【予約】
	本・配		男・女	昭和・平成　年　月　日	フィオーレ　葛飾 Akiba　両国	月　日　：
	本・配		男・女	昭和・平成　年　月　日	フィオーレ　葛飾 Akiba　両国	月　日　：
	本・配		男・女	昭和・平成　年　月　日	フィオーレ　葛飾 Akiba　両国	月　日　：
	本・配		男・女	昭和・平成　年　月　日	フィオーレ　葛飾 Akiba　両国	月　日　：