年　　月　　日

東振協健診申込書（被保険者用）

<table>
<tr><td colspan="2">組合名</td><td colspan="2">管工業健康保険組合</td><td>コード</td><td>13-327</td></tr>
<tr><td colspan="2">健診申込医療機関名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関コード</td><td colspan="2"></td><td>受診希望月</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">健康保険の記号</td><td rowspan="2"></td><td>事業所名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>本社担当者</td><td></td><td>電　話</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">本・支店情報</td><td colspan="2">申込をする本・支店名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地
（結果送付先）</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>現地担当者</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電　話</td><td colspan="2"></td><td>FAX</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">申込内訳</td><td rowspan="3">年度
申込人数</td><td>Bコース</td><td colspan="2">名</td><td rowspan="3">備　考</td></tr>
<tr><td>B1コース</td><td colspan="2">名</td></tr>
<tr><td>合　計</td><td colspan="2">0 名</td></tr>
</table>

○この申込書は、『東振協健診受診予定者名簿』とあわせて、申込み医療機関と健康管理センターの両方に送ってください。

○本申込書で被扶養者の方の申込みはできません。

管理課　FAX 03-3291-4435