

令和●年度特定健診申込書(●●●●年度)

※鉄道弘済会健康保険組合

被保険者の氏名	健保 太郎		被保険者勤務先 ※任継の場合は不要	鉄道弘済会	
被保険者証記号	120	被保険者証番号	12345	枝番	1
受診書類 健診結果 送付先住所	〒 125 - 1234		日中連絡がつく電話番号	090 (1345) 6789	
	東京都●●区●●1-2-3				
生年月日	昭和 ●●年 ●●月 ●●日 ●●歳	性別	地区名	希望健診会場名	
フリガナ	けんぼ あかり	女 ・ 男	●●	●●●●	
受診希望者氏名	健保 あかり				
備考 (ご要望等)					
申込先	〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-24-4 恵比寿ハートビル7階 一般財団法人 日本健康増進財団 宛 電話 03-5420-8029 FAX 03-5420-8033				

- 地区ごとの申し込み締め切り日(申込先必着日)を、ご確認の上お申込みください。
- 申込状況等により、健診会場が変更になる場合があります。