

令和6年度特定健診申込書(2024年度)

※鉄道弘済会健康保険組合

被保険者の氏名			被保険者勤務先 ※任継の場合は不要						
被保険者証記号		被保険者証番号		枝番					
受診書類 健診結果 送付先住所	〒	—	日中連絡がつく電話番号	()					
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						女 ・ 男			
受診希望者氏名									
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。