

東京都鉄二健康保険組合 2024年度 健保会館健診専用 申込者名簿（紙提出用） ※人数に応じてコピーしてご使用下さい

※ Excelファイルでの名簿提出も受け付けております。「健診診断のご案内」に記載の連絡先よりお問い合わせください。

| | | | | | |
|-------|-------|------|---------|--------------|-------|
| 会館健診用 | 事業所記号 | 事業所名 | 事業所住所 〒 | TEL： FAX： | ご担当者名 |
|-------|-------|------|---------|--------------|-------|

| No. | 保険証番号 | フリガナ 名前 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 健診コース | 第一希望日 | 第二希望日 | 乳腺超音波検査 (Eコース) | 子宮細胞診検査(自己採取) (Eコース) |
|-----|-------|------------|----------|---------------|---------------|-------|-------|-------|-------------------|-------------------------|
| 1 | | | 西暦 年 月 日 | 男性 ・ 女性 | 本人 ・ 家族 | C・D・E | / | / | 有り ・ 無し | 有り ・ 無し |
| 2 | | | 西暦 年 月 日 | 男性 ・ 女性 | 本人 ・ 家族 | C・D・E | / | / | 有り ・ 無し | 有り ・ 無し |
| 3 | | | 西暦 年 月 日 | 男性 ・ 女性 | 本人 ・ 家族 | C・D・E | / | / | 有り ・ 無し | 有り ・ 無し |
| 4 | | | 西暦 年 月 日 | 男性 ・ 女性 | 本人 ・ 家族 | C・D・E | / | / | 有り ・ 無し | 有り ・ 無し |
| 5 | | | 西暦 年 月 日 | 男性 ・ 女性 | 本人 ・ 家族 | C・D・E | / | / | 有り ・ 無し | 有り ・ 無し |
| 6 | | | 西暦 年 月 日 | 男性 ・ 女性 | 本人 ・ 家族 | C・D・E | / | / | 有り ・ 無し | 有り ・ 無し |
| 7 | | | 西暦 年 月 日 | 男性 ・ 女性 | 本人 ・ 家族 | C・D・E | / | / | 有り ・ 無し | 有り ・ 無し |
| 8 | | | 西暦 年 月 日 | 男性 ・ 女性 | 本人 ・ 家族 | C・D・E | / | / | 有り ・ 無し | 有り ・ 無し |
| 9 | | | 西暦 年 月 日 | 男性 ・ 女性 | 本人 ・ 家族 | C・D・E | / | / | 有り ・ 無し | 有り ・ 無し |
| 10 | | | 西暦 年 月 日 | 男性 ・ 女性 | 本人 ・ 家族 | C・D・E | / | / | 有り ・ 無し | 有り ・ 無し |

※乳腺超音波検査・子宮細胞診検査(自己採取)は、Eコース（女性）が対象となります。

2023年度より健保ではなく、医療機関への直接申込となりました。

※申込締め切り期限：2024/4/26(金) 必着

受診人数合計 _____ 人