

集合歯科健診 申込書

申込者情報	記 号 (4ケタ)					
	事業所名称					
	事業所所在地					
	申込取扱者		TEL			

受診者情報	番 号	フリガナ氏名	生 年 月 日	年齢	続柄	性別	受診希望日
			昭和・平成		本人	男	9月8日(火)
			年 月 日		家族	女	9月9日(水)
			昭和・平成		本人	男	9月8日(火)
			年 月 日		家族	女	9月9日(水)
			昭和・平成		本人	男	9月8日(火)
			年 月 日		家族	女	9月9日(水)
			昭和・平成		本人	男	9月8日(火)
			年 月 日		家族	女	9月9日(水)
			昭和・平成		本人	男	9月8日(火)
年 月 日			家族		女	9月9日(水)	

申込期日	令和8年8月4日(火)必着
申 込 先	東京都自動車整備健康保険組合 宛 【FAX】03-3432-6406 【郵送】〒105-0011 東京都港区芝公園 2-11-7

【注意点等】

◎申込対象者は、受診日当日に資格を有する被保険者および18歳以上の被扶養者です。

◎申込定員は各日40名です（先着順）

◎受診時間は、午前9時～正午までの間で、申込受付後に健保組合が決定します。

◎受診決定者には8月下旬頃、受診票・受診案内等を健保組合から事業所宛に送付します。

【個人情報の取り扱いについて】

健保組合が収集した個人情報（申込情報・健診結果等）は、組合規程の基づき適正に管理・保管し、加入者の健康維持増進・疾病予防等を目的とする事業にのみ利用いたします。