集合歯科健診　申込書（追加募集用）

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			

	番　号	フリガナ 氏　名	生 年 月 日	年齢	続柄	性別	受診希望日
受診者情報			昭和・平成 年　月　日		本人 家族	男 女	11月26日(木) 11月27日(金)
			昭和・平成 年　月　日		本人 家族	男 女	11月26日(木) 11月27日(金)
			昭和・平成 年　月　日		本人 家族	男 女	11月26日(木) 11月27日(金)
			昭和・平成 年　月　日		本人 家族	男 女	11月26日(木) 11月27日(金)

申込期日	**令和8年11月13日(金)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11月中旬頃、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、組合規程に基づき適正に管理・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。

問合せ先　東京都自動車整備健康保険組合　保健事業係
TEL：03-3432-2401