

送付先 FAX 03-3841-2704

常務理事	事務局長	課長	係長	係

東京都皮革産業健康保険組合 殿

※下記のとおりお願いいたします。

## 特定健診受診申込書（被扶養者の方のみ）

記号		フリガナ		
		氏名		
番号		生年月日	昭和 年 月 日	被保険者との 続柄
			( 歳)	
住所 (自宅)	〒			
	電話 ( )			
被保険者 勤務先名				
健診場所		受診日	平成 年 月 日	
費用	無料	健診コース	特定健診・E	

本申込書に記載の個人情報は守秘いたします。

※申込書を提出された後に、受診日の通知と問診票が自宅宛て送付されます。  
受診日当日に保険証と問診票を健診機関にご持参ください。

受付印