

◎契約医療機関に受診申込みを行った後にお送り下さい。

予約した健診をご確認のうえ○をして下さい。

		※組合記入欄
	人間ドック (胃部X線バリウム) 【本人・家族 40歳以上(※1) 年度内1回】	東 振 協
	人間ドック (ペプシノーゲン) 【本人・家族 40歳以上(※1) 年度内1回】	
	生活習慣病予防健診 (胃部X線バリウム) 【本人 年齢制限なし・家族 30歳以上(※2)】	
	生活習慣病予防健診 (ペプシノーゲン) 【本人 年齢制限なし・家族 30歳以上(※2)】	
	一般健診 (特定健診項目含む) 測量地質健診センターのみ 【本人・家族 40歳以上(※1) 年度内1回】	
	特定健診 【本人・家族 40歳以上(※1) 年度内1回】	
	脳ドック 【本人・家族 40歳以上(※1) 年度内1回】	
		D 1 (X線) D 2 (ペプシ) B B 1 E 脳検査

保険証の記号と番号	記号	番号	続柄	本人・家族
受診者氏名	フリガナ			性別
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日			年齢
受診者住所	〒			
	電話番号	—	—	
事業所名	(保険証を参照)			
事業所所在地	〒 (保険証を参照)			
	電話番号	—	—	
受診医療機関名				
受診医療機関所在地				
受診年月日	令和 年 月 日			

(Fax でも結構です) Fax 03-3918-0588

※1 年度末3月31日までに40歳になる39歳の方も含む
(対象者 昭和60年3月31日以前に生まれた方)

※2 年度末3月31日までに30歳になる29歳の方も含む
(対象者 平成7年3月31日以前に生まれた方)

〒170-0004 東京都豊島区北大塚2-11-11

東京都歯科健康保険組合

TEL 03-3918-7511