建設連合国民健康保険組合　東京都支部
健康診断申込書

〒142-0064　東京都品川区旗の台6-16-11
一般財団法人　全日本労働福祉協会　　旗の台健診センター事務局 行

FAX：０３－5751－4315
TEL：03－3783－9411

保険証番号 （12･･･から始まる番号をご記入下さい）	（組合員名）　カナ 氏名 生年月日(西暦で記入願います)　　年　　月　　日	
	ＴＥＬ：	ＦＡＸ：
（住所）〒		

◆　健康診断関係書類等は、健診日の約2週間前に受診者様宛にお送りいたします。

◆　健康診断関係書類等とは、問診票・検尿容器・健康診断受診時の注意事項等です。

◆　希望する日時は、同封しました「旗の台健診センター予約可能日」ご参照の上、本紙の希望日時の欄に**日付と受付時間**をご記入願います。
　◎例：7月17日11時00分を希望の場合・・・　7／17　11：00
（希望日時がお申込の時点で定員オーバーの場合は、日程変更をお願いします。）

◆　40歳未満の方は受診当日、健康診断料金12,400円（税込）をお支払いください。

受診予定者名	性別	生年月日	希望日時
カナ 氏名	男 女	※西暦で記入願います。 年　月　日	／ 受付時間　：
カナ 氏名	男 女	※西暦で記入願います。 年　月　日	／ 受付時間　：
カナ 氏名	男 女	※西暦で記入願います。 年　月　日	／ 受付時間　：
カナ 氏名	男 女	※西暦で記入願います。 年　月　日	／ 受付時間　：

2023東京01