

被扶養者・任意継続被保険者専用

会館内実施健診申込書(当組合会館内実施専用申込書)

*は該当項目を○で囲んでください。

申 込 者 1	保険証の 記号		保険証の 番号			
	氏名	フリガナ	資格区分 *	被扶養者 ・ 任意継続被保険者	性別*	男性 女性
	年齢		日中の 連絡先			
	住所	〒 -				
	受診日	令和7年2月13日(木)	受診コース			
	オプション 検査	(申込む ・ 申込まない)	Bコース	Dコース	Eコース	
<input type="checkbox"/> 私は別紙「受診者の皆さまが安心して健診を受けていただくために」を確認しました。 →チェックしてください。						

申 込 者 1	保険証の 記号		保険証の 番号			
	氏名	フリガナ	資格区分 *	被扶養者 ・ 任意継続被保険者	性別*	男性 女性
	年齢		日中の 連絡先			
	住所	〒 -				
	受診日	令和7年2月13日(木)	受診コース			
	オプション 検査	(申込む ・ 申込まない)	Bコース	Dコース	Eコース	
<input type="checkbox"/> 私は別紙「受診者の皆さまが安心して健診を受けていただくために」を確認しました。 →チェックしてください。						

◎申込先

郵送: 〒130-0005 墨田区東駒形1-16-1

FAX: 03-3624-7407(表裏確認の上送信してください。)

上記の方法が困難な場合は、「会館内健診申込」とお電話いただきお申込書の内容をお伝えください。

電話03-3624-7423

パッケージ工業健康保険組合
FAX送信方向▼