

03413 東京薬業健保

①

()

フリガナ	
事業所名	
〒	
住所	

電話番号
FAX番号
フリガナ
ご担当者名
保険者番号 06132948
保険証記号

★★★ 2025年度 東京薬業健保 総合健診 確認書 ★★★

記入日: 年 月 日

[受診人数]	東京薬業健康保険組合の補助を利用の方 ② ()名
	東京薬業健康保険組合(疾病予防事業補助金制度)を利用の方 ③ ()名
	東京薬業健康保険組合以外の健保の方、被扶養者の方等 ④ ()名
[支払方法]	※疾病予防事業補助金制度を利用の方は「当日個人支払」のみ
いずれか1つに ○印をつけて ください	1-1. 当日個人支払 (領収書名は「個人名」)
	1-2. 当日個人支払 (領収書名は「事業所名+個人名」)
	2. 後日事業所請求 (当日のオプションも含み全額請求)
	3. 一部負担金のみ後日事業所請求(オプションは当日個人支払)
[受診日程]	受診希望月 () ~ ()月
	その他の日程のご希望があればご記入ください (例:土曜日希望、月曜日は不可、1日○名ずつ予約等)
	()
	*各人で都合が悪い曜日が異なる場合は、予約書②受診希望月の下の空欄にご記入ください
[送付先]	検査資料等、健診結果の送付先について
どちらかに ○印をつけて ください	1. 事業所あて
	2. 各人の自宅あて
	*結果(事業所控え)が必要な場合は、東京薬業健康保険組合のホームページから「健診結果等データ提供願」をダウンロードし、必要事項を記入のうえ東京薬業健康保険組合へ申請をお願いします

問合せ先 日本赤十字社熊本健康管理センター 事業推進課 電話 096-387-8272(直通)
〒861-8528 熊本市東区長嶺南二丁目1番1号 受付時間 9:00~16:00(土日祝日・年末年始を除く)