

疾病予防関係書類送付依頼書

東京都医業健康保険組合 施設課 行

事業所記号					
-------	--	--	--	--	--

〒

住 所

事業所名

電 話

担当者名

健康診断	健康診断補助金交付申請書（事業所用）	部
	健康診断補助金交付申請書（被扶養者用）	部
	個人別健康診断結果報告書・質問票	部
	個人別健康診断結果報告書・質問票（1綴50名分）	冊
癌検診	癌検診補助金交付申請書（事業所用）	部
	癌検診補助金交付申請書（被扶養者用）	部
	癌検診結果報告書（1名分記載用 被扶養者用）	部
胃癌	実施結果報告書（20名分記載用 事業所用）	部
子宮癌	実施結果報告書（20名分記載用 事業所用）	部
乳癌	実施結果報告書（20名分記載用 事業所用）	部
前立腺癌	実施結果報告書（20名分記載用 事業所用）	部
インフ	インフルエンザ・ワクチン接種補助金交付申請書（事業所用）	部
	実施結果報告書（20名分記載用）	部
	インフルエンザ・ワクチン接種補助金交付申請書（被扶養者用）	部
	実施結果報告書（10名分記載用）	部
ツ反	ツベルクリン反応検査補助金交付申請書（事業所用）	部
	実施結果報告書（20名分記載用）	部
	ツベルクリン反応検査補助金交付申請書（被扶養者用）	部
	実施結果報告書（5名分記載用）	部

※上記書類は当組合HPからの取得が可能です。
 必要種類の多い場合に、この用紙にて必要部数をご記入の上、FAXにてご請求下さい。
 原本をご請求していただき、コピーしてお使い下さいますようお願い申し上げます。
 （個人別健康診断結果報告書・質問票は除く）

FAX 03-3357-7553
 東京都医業健康保険組合 施設課