

巡回車健診 実施確認書

事業所記号 _____

事業所名 _____

健診実施場所
所在地 _____

(フリガナ)
担当者名 _____

電 話 _____

実 施 日 年 月 日 ()

実施健診機関 _____

受診予定人数

○生活習慣病健診 _____ 名

○簡易生活習慣病健診 _____ 名

○特定健康診査該当者（40歳～74歳）人数【再掲】 _____ 名

- ・本確認書は、健診機関への予約が確定しましたら、必ずご提出ください。
- ・健診結果により特定保健指導の対象となられた方がいた場合は、実施した健診機関等から事務担当者様に連絡がありますので、必ず指導を受けていただくようご協力をお願いいたします。
- ・当健保組合の健診は‘健康の保持・増進’等を目的とした、健康保険法第150条に基づく保健事業です。

送付先 : FAX 03-3862-4359
 〒111-8668 東京都台東区柳橋 1-1-5
 東京化粧品健康保険組合 保健事業部