

フ ァ ク ス 送 信

宛 先

深川・城東支部
会員各位

発信元

(一社) 東京都トラック協会
深 川 支 部
担 当 奥 泉
TEL (3643) 4851
FAX (3641) 5902

送 信 枚 数
送 信 月 日

この票とも 3 枚
8 年 1 月 20 日

件 名

健康診断の実施について (連絡)

メッセージ

標記について下記の通り実施されますので、社員の健康診断を計画中で、
ご都合のよろしい方は、ご参加下さい。

記

1. 日 時 令和 8 年 3 月 9 日 (月)
17 時 30 分 から 20 時 30 分 受付終了
2. 場 所 江戸川区中葛西 3-10-1
葛西区民館
3. 連絡先 (一社) 東京都トラック協会深川支部
Tel 03-3643-4851 FAX 03-3641-5902
締切: 2月27日 (金)

受診科目及び受診 (検診) 料

ABEコース	基本項目+血液検査+心電図+腹囲測定	¥7,668- (税込み)
ABEOコース	上記+眼底検査	¥8,856- (税込み)

料金は一人あたりの額です、診断結果及び請求は、診断機関から直接事業主に参ります。
その際、健康診断助成金1人当たり2,000円を差し引いて (上限まで) ご請求されます。

※緊急を要する場合 (健診時に血圧200/130以上、心音異常等) 担当者へご連絡をするこ
とがありますので必ず緊急連絡先をご記入ください。

様式第1号

定期健康診断受診申込書
2025年度

令和8年3月9日開催
(一社)東京都トラック協会 城東支部

受診票送付先

担当者名		会社名	
電話番号		健康保険組合名	
F A X		保険者番号	
住 所		保険証記号	
緊急連絡先		お名前	携帯番号

受付 番号	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	性別	ABE	ABEO	大腸がん検査	保険証番号
1			男・女				
2			男・女				
3			男・女				
4			男・女				
5			男・女				
6			男・女				
7			男・女				
8			男・女				
9			男・女				
10			男・女				
11			男・女				
12			男・女				
13			男・女				
14			男・女				
15			男・女				
16			男・女				
17			男・女				
18			男・女				
19			男・女				
20			男・女				

会社名

受付 番号	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	性別	ABE	ABEO	大腸がん検査	保険証番号
21			男・女				
22			男・女				
23			男・女				
24			男・女				
25			男・女				
26			男・女				
27			男・女				
28			男・女				
29			男・女				
30			男・女				
31			男・女				
32			男・女				
33			男・女				
34			男・女				
35			男・女				
36			男・女				
37			男・女				
38			男・女				
39			男・女				
40			男・女				
41			男・女				
42			男・女				
43			男・女				
44			男・女				
45			男・女				