

※本件で知り得た個人情報は、本事業の関連業務以外には使用いたしません。
保健指導をお申込みいただくと、指導のための資料として健診結果が保健指導機関に送られます。
上記、個人情報の取り扱いと訪問日程調整についてお電話差上げることに同意いただける方のみお申込みください。

FAX送信先 096-285-7005
保健支援センター 保健事業部行き

個別訪問申込書

※下記についてすべてご記入ください

保険証記号: _____ 保険証番号: _____

生年月日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別: 男 / 女

申込者フリガナ: _____

申込者氏名: _____

被保険者氏名: _____ ※被扶養者の場合のみ記入

希望面談形式: 対面面談 ICT面談 PC Android端末
 iPhone端末

▼ 対面面談の場合...面談場所 ICT面談の場合...面談資料送付先
のご住所をご記入ください。

郵便番号: _____ - _____

住所: _____

連絡先電話番号: 自宅 携帯 会社 その他

(_____) _____ ※日頃連絡がとれやすい
番号を書いてください。

メールアドレス: _____

連絡がとれやすい時間帯: 9~13時 13~18時

■お申込から保健指導までの流れ

①FAXでお申込

②申込から1か月以内に、あなたの担当となる相談員（保健師・看護師・管理栄養士のいずれか）より、訪問日程調整のためのお電話がありますので、保健指導を受ける日時を決めましょう

③相談員が家庭訪問またはICT（PC・スマホ）面談にて保健指導を行います

保健支援センター 保健事業部 利用者専用フリーダイヤル TEL:0120-62-3833
※お問い合わせの際は、東京電子機械工業健康保険組合の加入員であることをお伝えください。

PDF21.04