【宛先】 健康支援ｾﾝﾀｰｳｪﾙﾎﾟ健診予約担当行

（FAX：0565-58-2581/MAIL：welpo.yoyakukanri@toyota-ep.co.jp）

【海外健診→節目健診】受診申込書【ウェルポ専用】

1．希望の健診コースにレ点チェックをし、必要事項を記入してください

☐ **赴任前健診**

1) 出国予定日：西暦　　年　　月　　日

【配偶者の申込み時】　※配偶者も受診希望の場合は、帳票を1人1部ずつ起票し、ご提出ください。

2)受診日時点で扶養配偶者ですか　☐ 扶養配偶者（受診料¥5,000）　☐ 扶養配偶者ではない（→節目健診受診いただけません）

3)帯同予定ですか　☐ はい　☐ いいえ

☐ **赴任中健診**

1)一時帰国 日本での滞在期間：西暦　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　まで

【配偶者の申込み時】　※配偶者も受診希望の場合は、帳票を1人1部ずつ起票し、ご提出ください。

2)受診日時点で扶養配偶者ですか　☐ 扶養配偶者（受診料¥5,000）　☐ 扶養配偶者ではない（→節目健診受診いただけません）

3)健診受診時、帯同配偶者ですか　☐ はい　☐ いいえ

4)今年度のファミリー健診未受診ですか　☐ はい　☐ いいえ（→受診済みの場合、お申込みいただけません）

☐ **帰任後1年以内の定期健診**

1)帰国日：西暦　　年　　月　　日

2)赴任者ご本人について　☐ 帰任後TMC所属　☐ 帰任後国内出向（TMC→社外へ出向）

【配偶者の申込み時】　※配偶者も受診希望の場合は、帳票を1人1部ずつ起票し、ご提出ください。

3)受診日時点で扶養配偶者ですか　☐ 扶養配偶者（受診料¥5,000）　☐ 扶養配偶者ではない（→節目健診受診いただけません）

4)今年度のファミリー健診未受診ですか　☐ はい　☐ いいえ（→受診済みの場合、お申込みいただけません）

2．下記フォーム太枠内を記入してください

申込日：西暦　　年　　月　　日

受診者	氏名	（カナ）		続柄	本人/配偶者	性別		生年月日	西暦	年	月	日	年齢
	メールアドレス							受診者が帯同配偶者かつ従業員ですか？ ☐ はい→ 従業員番号					
	【所在地住所】ご自宅 日本の滞在先	〒						TEL	日中繋がる電話番号				
赴任者（従業員）	氏名	（カナ）		従業員番号				赴任国		事業体			
	メールアドレス												
	TEL	携帯電話						TMC内線					
	赴任期間	西暦	年	月	日	～	年	月	日	迄			

受診希望日	（第 1 希望）				（第 2 希望）				（第 3 希望）			
	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日

【健診担当者使用欄】

★至急★	◇従業員のみ ◇夫婦同日 ◇配偶者後日	受付	依頼書受付	従業員確認	配偶者確認	日程確定	T-Hains入力	日程連絡	チェック/追加	案内書印刷	案内書発送
		メール 社内便 FAX		確認依頼（安健部）	扶養確認（健保）				【確認事項】 ◆胃リスク追加：有・無 ◆特健：有・無 ◆経観：有・無		社内便・郵送