

* 協会けんぽ加入者コースをお申込みの方は、協会けんぽの指定申込み用紙からお申込みください。(紛失された方は会議所までご連絡ください。)

※フリガナ、性別、生年月日はハッキリとご記入ください。 平成29年度羽島商工会議所 定期健康診断申込書

No.	フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日	希望日時 ○で囲んでください			ご希望のコースを○で囲んでください									
							コース						けんぽ	個別検査		
1		男・女	S・H 年 月 日	13日 水	午前	A	B	C	D	E	F	協会けんぽ加入者コースは指定の「生活習慣病予防健康診断申込書」に○を付けて添付。 *手書き申込書の場合は、申込時に保険者証又は、保険者証のコピーを提示ください。	眼底	大腸	前立腺	子宮頸
				14日 木	午後											
				15日 金	午前のみ											
2		男・女	S・H 年 月 日	13日 水	午前	A	B	C	D	E	F		眼底	大腸	前立腺	子宮頸
				14日 木	午後											
				15日 金	午前のみ											
3		男・女	S・H 年 月 日	13日 水	午前	A	B	C	D	E	F		眼底	大腸	前立腺	子宮頸
				14日 木	午後											
				15日 金	午前のみ											
4		男・女	S・H 年 月 日	13日 水	午前	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸	
				14日 木	午後											
				15日 金	午前のみ											
5		男・女	S・H 年 月 日	13日 水	午前	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸	
				14日 木	午後											
				15日 金	午前のみ											
6		男・女	S・H 年 月 日	13日 水	午前	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸	
				14日 木	午後											
				15日 金	午前のみ											
7		男・女	S・H 年 月 日	13日 水	午前	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸	
				14日 木	午後											
				15日 金	午前のみ											
・健康度判定に必要ですので生年月日をご記入ください。 ・7名を超える場合はコピーしてご記入ください。 羽島商工会議所 会頭 様 上記の通り健康診断を受診したく負担金を添えて申し込みます。				負担金額(円)	3,700	7,200	10,500	12,600	4,800	8,300	6,300	1,200	1,500	1,600	2,100	
				人数(人)												
				金額(円)												
所在地	負担金・人数合計 (申込書合計枚数) 合計金額等は1枚目にご記入ください					合計人数 名					会議所 記入欄 A B C D E F (内訳) けんぽ 眼 大 前 子宮頸					
事業所名						合計金、					円也 (/ 枚)					
代表者名																
電話番号	-					FAX番号					-					

* 負担金を送金により申し込まれる場合、送金手数料はご負担ください。

* 個人情報の取扱い：お申込みいただいた個人情報は、健康診断事業の実施のみに使用させていただきます。また、お申込者の同意なしに業務委託先以外の第三者に開示・提供することは一切ございません。