

令和元年度羽島商工会議所定期健康診断申込書

下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。

申込日 月 日

事業所名 事業主名		TEL		FAX	
住所	郵便番号 ー	担当者			
負担金合計金額		円	※負担金を銀行振り込み等によりお支払いの場合は、振込手数料をご負担下さい。		会員番号

内訳	①コース 7,200円×	名	②コース 10,500円×	名
	③コース 12,600円×	名	④コース 8,300円×	名
	眼底 1,200円×	名	大腸がん 1,500円×	名
	前立腺がん 1,600円×	名	子宮頸がん 2,100円×	名
	けんぽコース 6,300円×	名	計	名

※フリガナ、性別、生年月日は読める字でハッキリとご記入ください。書ききれない場合はコピーして下さい。

	フリガナ	性別	生年月日	希望日 (18.19.20) 20はAMのみ		受診コース（マル印を打つ）							
	名 前					①	②	③	④	眼底	大腸	前立腺	子宮頸
1		男・女	S・H 年 月 日	日	AM・PM								
2		男・女	S・H 年 月 日	日	AM・PM								
3		男・女	S・H 年 月 日	日	AM・PM								
4		男・女	S・H 年 月 日	日	AM・PM								
5		男・女	S・H 年 月 日	日	AM・PM								
6		男・女	S・H 年 月 日	日	AM・PM								
7		男・女	S・H 年 月 日	日	AM・PM								
8		男・女	S・H 年 月 日	日	AM・PM								
9		男・女	S・H 年 月 日	日	AM・PM								
10		男・女	S・H 年 月 日	日	AM・PM								
				人数計									

※協会けんぽ加入者コースの方は**協会けんぽ指定申込書**に記載の上お申し込みください。指定用紙がない方は申込時に保険証または保険証のコピーを提示ください。

※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。