

* 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。(紛失された方はご連絡ください。)

平成28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						個別検査				けんぽ	
1		男・女	S・H 年 月 日	14日 水	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸	協会けんぽコースは生活習慣病予防健康診断書を添付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。	
				15日 木	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				16日 金	午前のみ												
2		男・女	S・H 年 月 日	14日 水	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				15日 木	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				16日 金	午前のみ												
3		男・女	S・H 年 月 日	14日 水	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				15日 木	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				16日 金	午前のみ												
4		男・女	S・H 年 月 日	14日 水	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				15日 木	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				16日 金	午前のみ												
5		男・女	S・H 年 月 日	14日 水	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				15日 木	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				16日 金	午前のみ												
6		男・女	S・H 年 月 日	14日 水	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				15日 木	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				16日 金	午前のみ												
7		男・女	S・H 年 月 日	14日 水	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				15日 木	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				16日 金	午前のみ												
8		男・女	S・H 年 月 日	14日 水	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				15日 木	午前・ 午後	A	B	C	D	E	F	眼底	大腸	前立腺	子宮頸		
				16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。 ・8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	1,200	1,500	1,600	2,100	6,300		
				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					* 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。												
電話番号	-				FAX番号 -												

* 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。