令和４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　7,400 円×　　名　　②コース　10,700 円×　　名
③コース　12,900 円×　　名　　④コース　8,500 円×　　名
眼底　1,300 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 6,500 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 名　前	性別	生年月日	希望日 (13, 14, 15)		受診コース（マル印を打つ）							
						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**協会けんぽ健診対象者一覧表**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。