

## [集 団 検 診 申 込 書]

事業所名		住 所	
TEL		FAX	

※この欄は、協会けんぽへ加入している事業所のみご記入ください。(国民健康保険加入者は対象外)

● 今回の健診結果データを、健診実施機関より直接、協会けんぽへ提供することに同意していただけますか。

同意する                       同意しない

※ 提供に同意する場合、健康保険証の記号・番号を必ずご記入ください。(40歳以上の方のみ)

フリガナ 受診者名	性別	生 年 月 日	コース	オプション (○で囲む)	健康保険証記号・番号 ※協会けんぽへデータ 提供する場合のみ記入
	男・女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B	大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン	
	男・女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B	大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン	
	男・女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B	大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン	
	男・女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B	大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン	
	男・女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B	大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン	

● 受付開始直後は大変混雑が予想されます。

受診時間のご希望がありましたら、ご記入ください。〔 時 分頃〕

なお、申込状況によってはご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

※ 5名以上申込みの際は、この用紙をコピーして記入して下さい。(申込用紙は、当所ホームページからもダウンロードできます。)

※ ご記入いただいた情報は、商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用するほか、参加者の実態調査・分析のために利用することがあります。

この欄は商工会議所で記入致します。

[健診料] Aコース @6,160 円× 名 Bコース @3,080 円× 名 大腸がん検査 @1,100 円× 名 前立腺がん検査 @1,320 円× 名 肝炎ウイルス検査 @1,650 円× 名 ピロリ菌検査 @2,343 円× 名 胃ペプシノゲン検査 @2,970 円× 名 合計( )円	[助成制度] ・法人会会員 1,000 円 ・イッシー共済(1口 500 円)× 口 合計( )円	納 入 金 額	円
---	--	------------------	---