

[健康診断申込書]

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	
受診希望日	第1希望	令和 年 月 日			
※必ず第2希望まで ご記入をお願いします	第2希望	令和 年 月 日			

※ 3名以上申込みの際は、この用紙をコピーして記入してください。

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