

[健康診断申込書]

ご記入いただく個人情報は、当所より健診実施医療機関へ提供いたしますのでご了承ください。
健診実施医療機関以外へ情報提供することはありません。

事業所名		住所	
TEL		FAX	
<p>※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)</p> <p>● 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。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない</p> <p>※ 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)</p>			
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)
	男・女	昭和 平成 年 月 日	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 (対象者のみ) 風しん抗体
	男・女	昭和 平成 年 月 日	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 (対象者のみ) 風しん抗体
	男・女	昭和 平成 年 月 日	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 (対象者のみ) 風しん抗体
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、健康診断サービスの提供の他、当所からの各種連絡・情報提供、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。

<p>[健診料]</p> <p>Aコース @6,600円× 名</p> <p>Bコース @4,400円× 名</p> <p>大腸がん検査 @1,330円× 名</p> <p>前立腺がん検査 @1,330円× 名</p> <p>肝炎ウイルス検査 @1,650円× 名</p> <p>ピロリ菌検査 @2,450円× 名</p> <p>胃ペプシノゲン検査 @2,970円× 名</p> <p style="text-align: right;">合計()円</p>	<p>[助成制度]</p> <p>・法人会会員 1,000円</p> <p>・イッシー共済(1口 500円)× 口</p> <p style="text-align: right;">合計()円</p>	納入金額	円
--	--	------	---