

《 健康診断 申込書 》

名張商工会議所 様

事業所名			
所在地	〒	ご担当者	
TEL	()		
FAX	()		

※協会けんぽ補助を使用する場合は下記の太枠部分もご記入下さい。

健康保険被保険者証の 保険者番号	健康保険被保険者証の記号	《新型コロナウイルス感染予防に伴い、密集を避ける為ご協力をお願い致します》							
		【生活習慣病検診】8:30~12:30 【定期健診】14:00~16:00							
健康保険被 保険者証の 番号	受診者名	生年月日	性別	受診希望日 (希望日に○を付けて ください。)			受診項目		
	フリガナ	昭和・平成 年 月 日	男女	10/18	10/19	10/28	①生活 習慣病	けんぽ 補助 有・無	②定期 健診
	氏名								
	フリガナ	昭和・平成 年 月 日	男女	10/18	10/19	10/28	①生活 習慣病	けんぽ 補助 有・無	②定期 健診
	氏名								
	フリガナ	昭和・平成 年 月 日	男女	10/18	10/19	10/28	①生活 習慣病	けんぽ 補助 有・無	②定期 健診
	氏名								
	フリガナ	昭和・平成 年 月 日	男女	10/18	10/19	10/28	①生活 習慣病	けんぽ 補助 有・無	②定期 健診
	氏名								
	フリガナ	昭和・平成 年 月 日	男女	10/18	10/19	10/28	①生活 習慣病	けんぽ 補助 有・無	②定期 健診
	氏名								
	フリガナ	昭和・平成 年 月 日	男女	10/18	10/19	10/28	①生活 習慣病	けんぽ 補助 有・無	②定期 健診
	氏名								
	フリガナ	昭和・平成 年 月 日	男女	10/18	10/19	10/28	①生活 習慣病	けんぽ 補助 有・無	②定期 健診
	氏名								
	フリガナ	昭和・平成 年 月 日	男女	10/18	10/19	10/28	①生活 習慣病	けんぽ 補助 有・無	②定期 健診
	氏名								
	フリガナ	昭和・平成 年 月 日	男女	10/18	10/19	10/28	①生活 習慣病	けんぽ 補助 有・無	②定期 健診
	氏名								

※11名以上申込される場合はコピーしてご利用下さい。

申し込み健診項目	料金	人数	小計
①生活習慣病健診	当所会員 16,000円	名	円
	非会員 19,000円	名	円
	協会けんぽ補助使用会員 11,000円	名	円
	協会けんぽ補助使用非会員 14,000円	名	円
②定期健診	当所会員 9,000円	名	円
	非会員 12,000円	名	円

※受診費用については、申込書を添えて会議所へ申し込み期日までにご持参ください。

合計

円