

法人会『生活習慣病予防健診』受診申込書

太枠内の希望コース・日時に○印をして、必要事項をご記入願います。

※協会けんぽ扱いをご希望の場合は事業所記号・保険証番号を忘れずにご記入願います。

↓『大型保障制度』にご加入の方は○印をして下さい。

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H28年8月orH29年3月に受診
氏名				S H 年 月 日	した・しない
※事業所記号・保険証番号	事業所記号	保険証番号			
希望会場/日時	長野(8/21・8/22・8/23・8/24)・須坂(8/25)・篠ノ井(8/28) →			必ず時間を記入して下さい	時 分から
希望コース	基本 A (17,000円・通常)	基本 C (7,038円・協会けんぽ)			
	ドック B (27,000円・通常)	ドック D (15,516円・協会けんぽ)			
オプション	1: 肝炎ウイルス 2: 前立腺腫瘍マーカー 3: 骨粗鬆症 4: 乳房超音波 5: SAS簡易検査 6: AICS				

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H28年8月orH29年3月に受診
氏名				S H 年 月 日	した・しない
※事業所記号・保険証番号	事業所記号	保険証番号			
希望会場/日時	長野(8/21・8/22・8/23・8/24)・須坂(8/25)・篠ノ井(8/28) →			必ず時間を記入して下さい	時 分から
希望コース	基本 A (17,000円・通常)	基本 C (7,038円・協会けんぽ)			
	ドック B (27,000円・通常)	ドック D (15,516円・協会けんぽ)			
オプション	1: 肝炎ウイルス 2: 前立腺腫瘍マーカー 3: 骨粗鬆症 4: 乳房超音波 5: SAS簡易検査 6: AICS				

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H28年8月orH29年3月に受診
氏名				S H 年 月 日	した・しない
※事業所記号・保険証番号	事業所記号	保険証番号			
希望会場/日時	長野(8/21・8/22・8/23・8/24)・須坂(8/25)・篠ノ井(8/28) →			必ず時間を記入して下さい	時 分から
希望コース	基本 A (17,000円・通常)	基本 C (7,038円・協会けんぽ)			
	ドック B (27,000円・通常)	ドック D (15,516円・協会けんぽ)			
オプション	1: 肝炎ウイルス 2: 前立腺腫瘍マーカー 3: 骨粗鬆症 4: 乳房超音波 5: SAS簡易検査 6: AICS				

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H28年8月orH29年3月に受診
氏名				S H 年 月 日	した・しない
※事業所記号・保険証番号	事業所記号	保険証番号			
希望会場/日時	長野(8/21・8/22・8/23・8/24)・須坂(8/25)・篠ノ井(8/28) →			必ず時間を記入して下さい	時 分から
希望コース	基本 A (17,000円・通常)	基本 C (7,038円・協会けんぽ)			
	ドック B (27,000円・通常)	ドック D (15,516円・協会けんぽ)			
オプション	1: 肝炎ウイルス 2: 前立腺腫瘍マーカー 3: 骨粗鬆症 4: 乳房超音波 5: SAS簡易検査 6: AICS				

※4人まで記入できますが5人以上希望の方は、コピーしてお使い下さい。

企業名 _____

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

申込責任者 _____

事務処理欄

--

健診会場案内図

