

FAXまたは郵送で
お申し込み下さい

法人会『生活習慣病予防健診』受診申込書

※協会けんぽの補助制度をご利用の場合は記号・番号を忘れずにご記入願います。

健康保険 本人(被保険者) 00111
被保険者証 平成26年 6月25日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 太郎
生年月日 平成 元年 5月 10日
性別 男
資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 ○○株式会社
保険者番号 01010016
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部
保険者所在地 ○○市○○区○○町○-○-○

印

【協会けんぽ補助の利用に関する注意事項】

- ・受診時に被保険者であること(35歳~74歳まで)
- ・被扶養者(ご家族)は対象外
- ・別途、全国健康保険協会(協会けんぽ)への申込が必要(別紙参照)
- ・健診当日は保険証の持参が必要
- ・補助が利用できるのは年度内1回限り

※協会けんぽの補助を受ける方のみ記入

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。

『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	H30年3月or8月に受診
氏名				S H 年 月 日	した・しない
*記号・番号	記号	番号	←(補助を利用しない場合は記入しないで下さい)		
希望会場/日時	長野(3/11・3/12・3/13・3/14)・須坂(3/15)・篠ノ井(3/18) →			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 7: LOX-index				

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H30年3月or8月に受診
氏名				S H 年 月 日	した・しない
*記号・番号	記号	番号	←(補助を利用しない場合は記入しないで下さい)		
希望会場/日時	長野(3/11・3/12・3/13・3/14)・須坂(3/15)・篠ノ井(3/18) →			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 7: LOX-index				

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H30年3月or8月に受診
氏名				S H 年 月 日	した・しない
*記号・番号	記号	番号	←(補助を利用しない場合は記入しないで下さい)		
希望会場/日時	長野(3/11・3/12・3/13・3/14)・須坂(3/15)・篠ノ井(3/18) →			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 7: LOX-index				

*3人まで記入できますが4人以上希望の方は、コピーまたは長野法人会HPよりプリントアウトしてご記入願います。

*申込受付から3営業日以内に受付票をFAXで返信します。

企業名 _____

住所 〒 _____

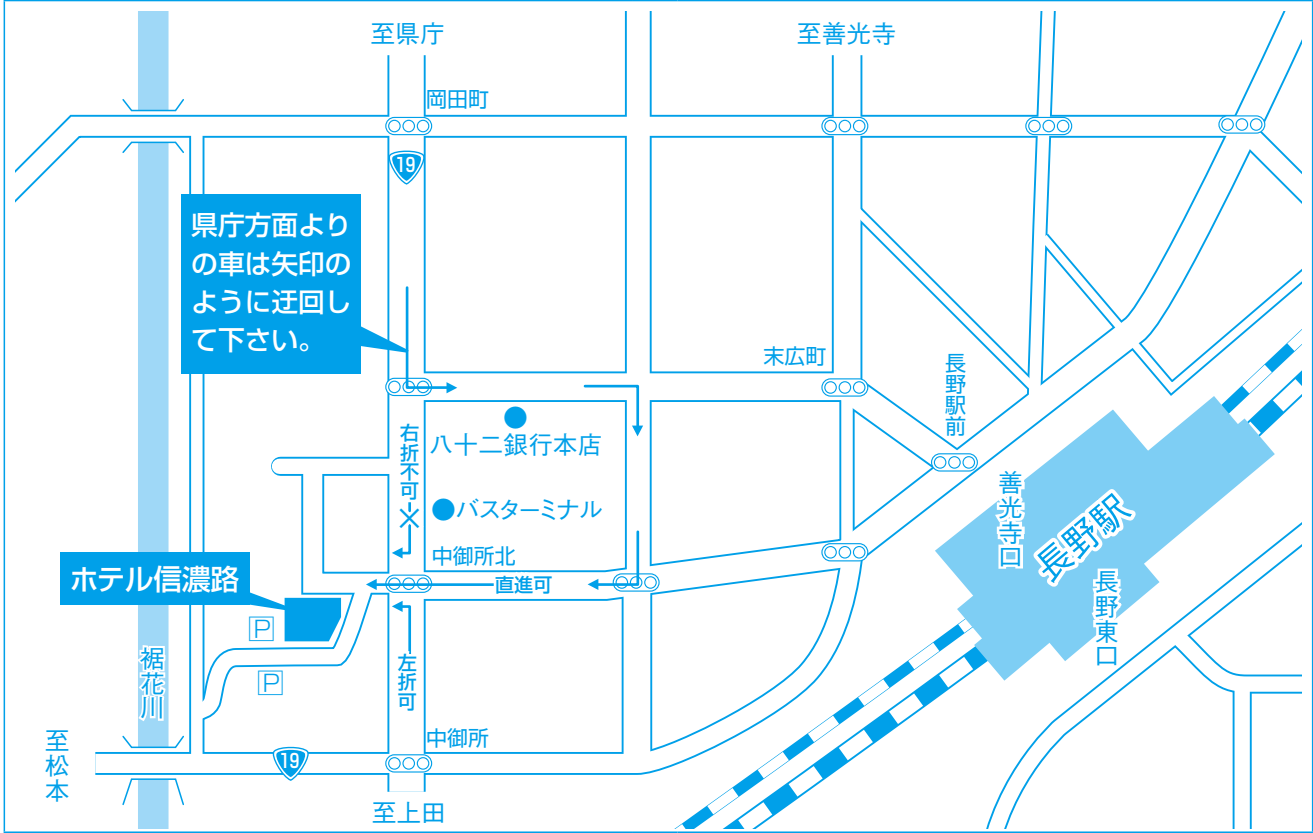
TEL _____ (必須)
FAX _____

申込責任者 _____

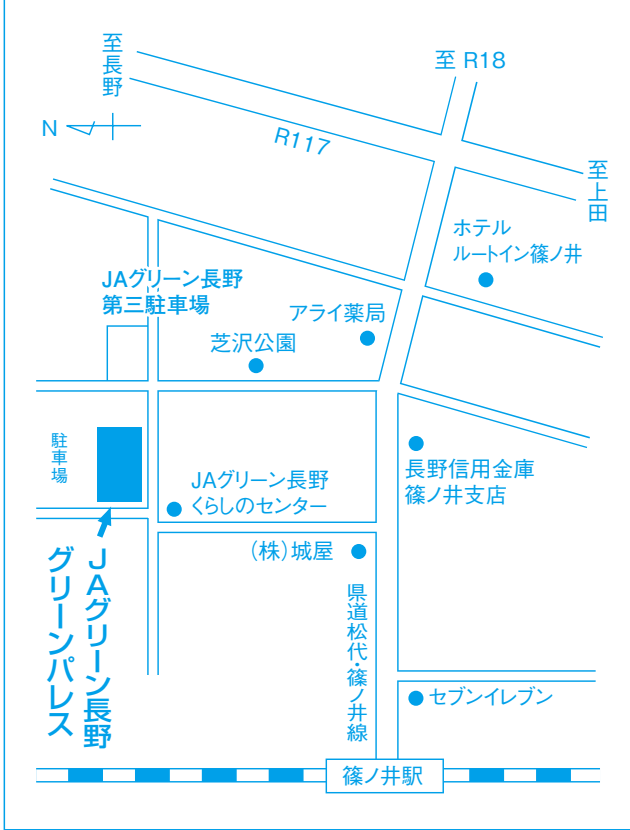
事務処理欄

健診会場案内図

長野会場 = ホテル信濃路 3F 信濃



篠ノ井会場 = JAグリーン長野グリーンパレス 3F



須坂会場 = 須坂市勤労者研修センター 2F

