

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 被保険者証	本人(被保険者)	00111
	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	<input type="radio"/> 株式会社	
保険者番号	01010016	
保険者名	全国健康保険協会	<input type="radio"/> 支部
保険者所在地	<input type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 区 <input type="radio"/> 町 <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/>	

【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(S60.4.2生～S61.4.1生)～74歳(年度中に75歳になる方は誕生日の前日まで)
- ・被扶養者(ご家族)は対象外
- ・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	R1.8月orR2.3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(8/24・8/25・8/26・8/27)・須坂(8/20)・篠ノ井(8/21) →			希望の受付時間番号を 選択・記入して下さい。	
希望コース	基本 A (17,000円・通常)		基本 C (7,500円・協会けんぽ)		
	ドック B (27,000円・通常)		ドック D (16,000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	R1.8月orR2.3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(8/24・8/25・8/26・8/27)・須坂(8/20)・篠ノ井(8/21) →			希望の受付時間番号を 選択・記入して下さい。	
希望コース	基本 A (17,000円・通常)		基本 C (7,500円・協会けんぽ)		
	ドック B (27,000円・通常)		ドック D (16,000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	R1.8月orR2.3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(8/24・8/25・8/26・8/27)・須坂(8/20)・篠ノ井(8/21) →			希望の受付時間番号を 選択・記入して下さい。	
希望コース	基本 A (17,000円・通常)		基本 C (7,500円・協会けんぽ)		
	ドック B (27,000円・通常)		ドック D (16,000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 〒 _____

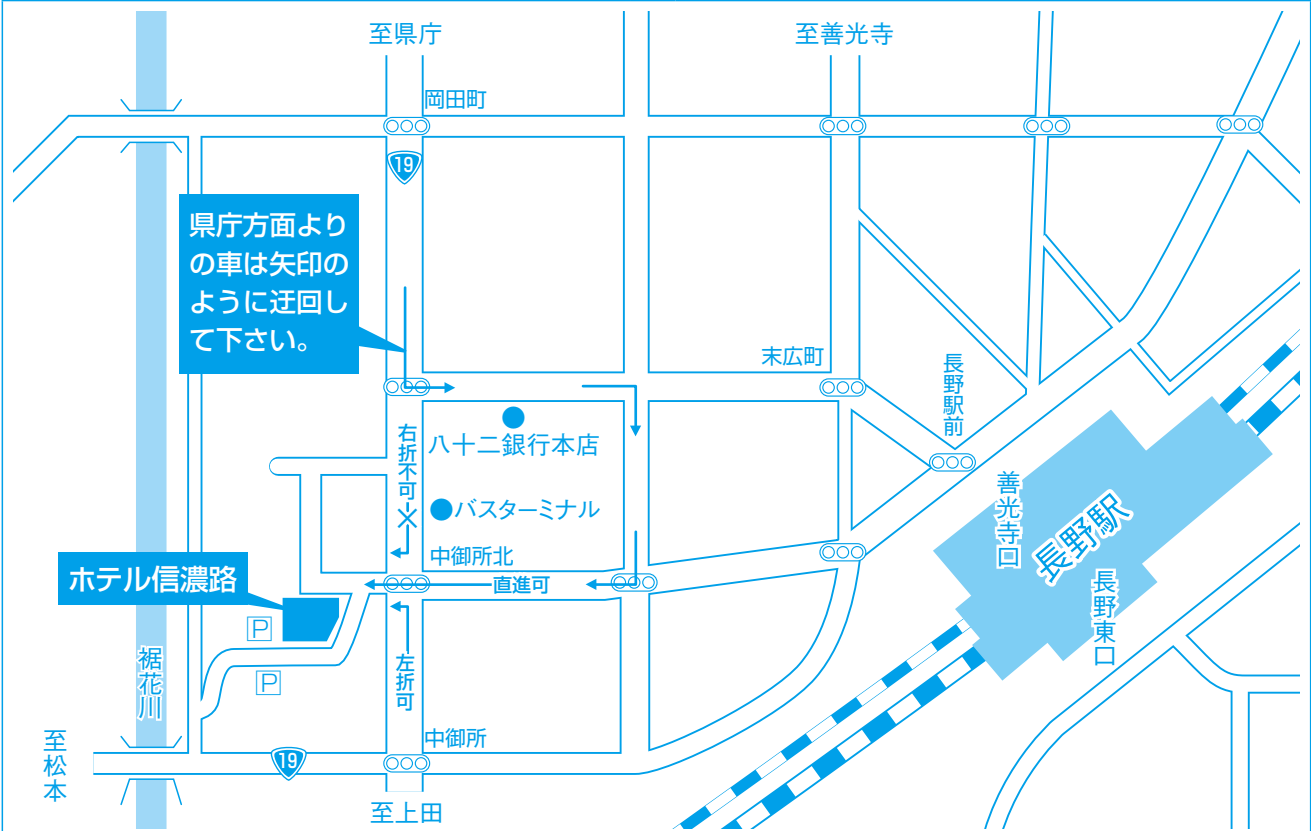
TEL _____ (必須)
FAX _____

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 飯綱



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

