

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 全国健康保険協会 支部
保険者所在地 市 区 町 〇-〇-〇

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(S61.4.2生~S62.4.1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		S	年	月	日生(歳)	男・女	大型	R2.8月orR3.3月に受診した・しない
氏名		H						
※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(8/23・8/24・8/25・8/26)・須坂(8/27)・篠ノ井(8/30) → 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		S	年	月	日生(歳)	男・女	大型	R2.8月orR3.3月に受診した・しない
氏名		H						
※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(8/23・8/24・8/25・8/26)・須坂(8/27)・篠ノ井(8/30) → 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		S	年	月	日生(歳)	男・女	大型	R2.8月orR3.3月に受診した・しない
氏名		H						
※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(8/23・8/24・8/25・8/26)・須坂(8/27)・篠ノ井(8/30) → 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							

* 4人以上希望の場合は、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。

フリガナ
企業名

住所 〒

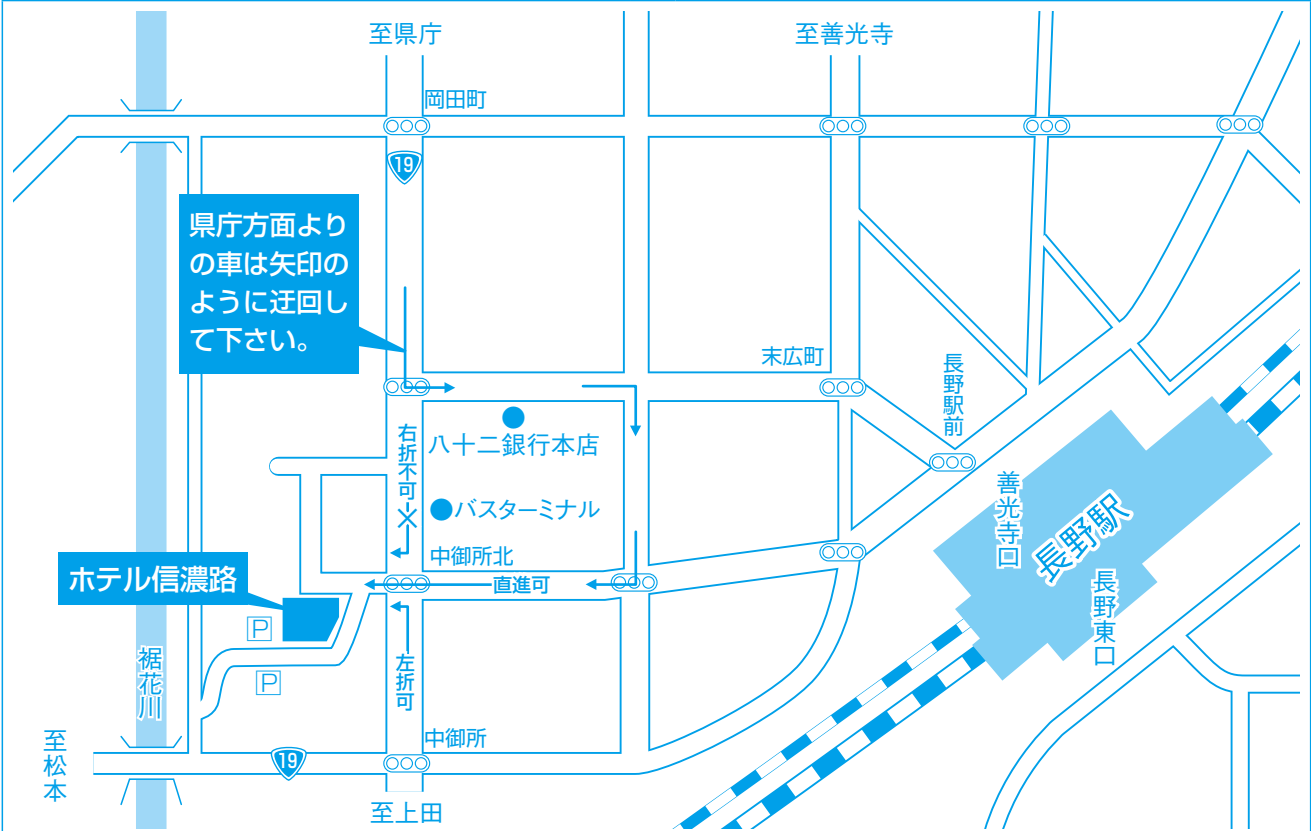
TEL (必須)
FAX

申込責任者

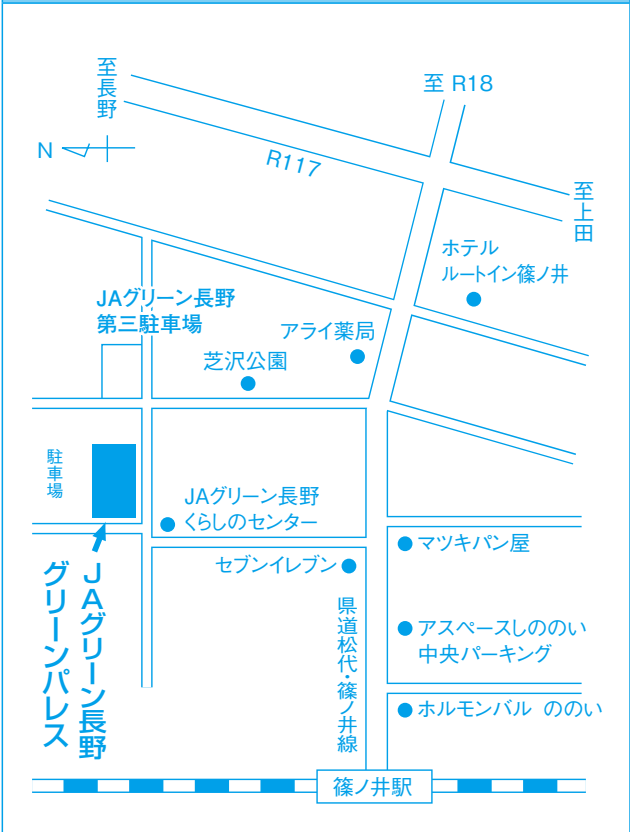
事務処理欄

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

