

長野法人会 行  
(FAX224-2655)

令和4年度 夏季

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 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  ー  ー

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(S62.4.2生～S63.4.1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

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。

※協会けんぽの補助を受ける方のみ記入

フリガナ			S	年	月	日生(歳)	男・女	大型	R3.8月orR4.3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)						
1 実施日/受付時間	長野(8/22・8/23・8/24・8/25)・須坂(8/26)・篠ノ井(8/19) / 受付時間番号 [ ] (うら表紙参照)								
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	R3.8月orR4.3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)						
2 実施日/受付時間	長野(8/22・8/23・8/24・8/25)・須坂(8/26)・篠ノ井(8/19) / 受付時間番号 [ ] (うら表紙参照)								
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	R3.8月orR4.3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)						
3 実施日/受付時間	長野(8/22・8/23・8/24・8/25)・須坂(8/26)・篠ノ井(8/19) / 受付時間番号 [ ] (うら表紙参照)								
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。

フリガナ  
企業名

\*申込受付から3営業日以内に受付票をFAXで返信します。  
\*届かない場合はお手数でもご連絡下さい。(TEL:227-0011)

住所 〒

TEL

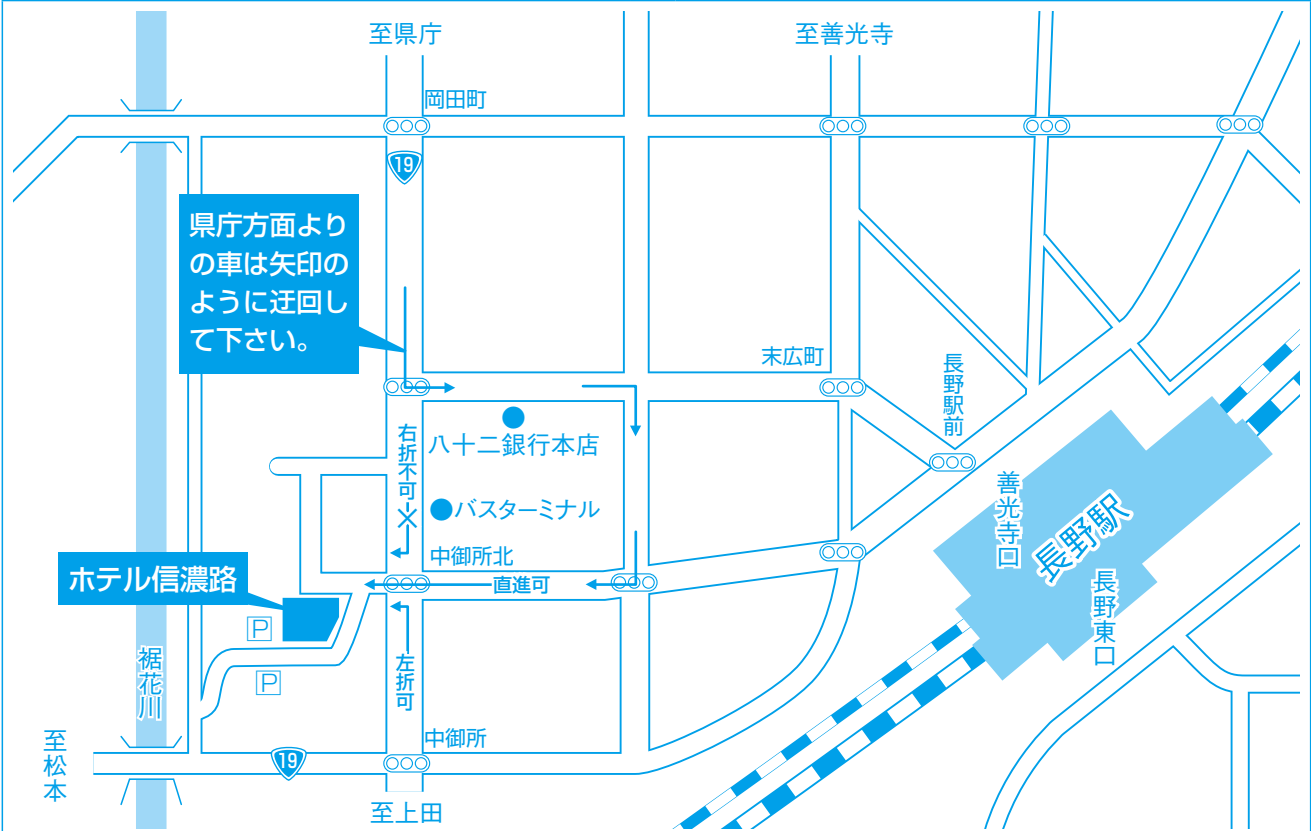
(必須)  
FAX

ご担当者名

申込み締切日  
7月15日(金)

# 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

