

法人会『生活習慣病予防健診』受診申込書 記入例

◎保険者名称をご確認下さい!

『全国健康保険協会』となっている保険証のみ補助の対象となります。

※国民健康保険やその他健康保険と間違われる方が散見されます。

再度ご確認をお願いいたします

ご希望のコースに○印をして下さい。

※Cコース又はDコースをご希望の方は、保険証の「記号と番号」を必ずご記入下さい。

事業所名(フリガナ) 郵便番号・ご住所・TEL・FAX・ご担当者名をご記入下さい。

長野法人会 行
(FAX 224-2655)
FAXまたは郵送でお申し込み下さい

令和2年度 夏季

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。

【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

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。

フリガナ	キョウカイ	タロウ	大	生年月日	R1.8月orR2.3月に受診
氏名	協会	太郎	男	40年 5月 10日	した・ない
記号・番号	記号 21700023	番号 21	←(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 (6/25・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)			
オプション	① 肺炎ウイルス 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				

受診希望者の氏名・フリガナ・生年月日をご記入下さい。

ご希望の会場に○印を、受付時間の番号を記入下さい。

ご希望のオプション検査に○印をして下さい。

年齢が35歳~74歳まで以外の方はAコースまたはBコースになります。

フリガナ	キョウカイ	ハナ子	大	生年月日	R1.8月orR2.3月に受診
氏名	協会	花子	女	41年 6月 20日	した・ない
記号・番号	記号 21700029	番号 28	←(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)			
オプション	1: 肺炎ウイルス 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	キョウカイ	イチ郎	大	生年月日	R1.8月orR2.3月に受診
氏名	協会	一郎	男	2年 5月 4日	した・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 (6/25・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)			
オプション	1: 肺炎ウイルス 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	全日本労働 株式会社		
住所	〒000-0000 ○○市○○町1-2-3		
TEL	012-345-6789	FAX	012-345-6790
申込責任者	協会		

全国健康保険協会(協会けんぽ) 補助制度の利用を希望される方へ

◎ 保険証をご確認ください

全国健康保険協会(協会けんぽ)

国民健康保険やその他の健康保険

被保険者(ご本人)

被扶養者(ご家族)

年齢が35歳(S60.4.2生~S61.4.1生)~74歳以内(誕生日の前日)

左記の年齢以外の方

補助制度のCコース又はDコースが受診できます

Aコース又はBコースを受診できます

*令和2年度より協会けんぽへの申込みが不要となりました。