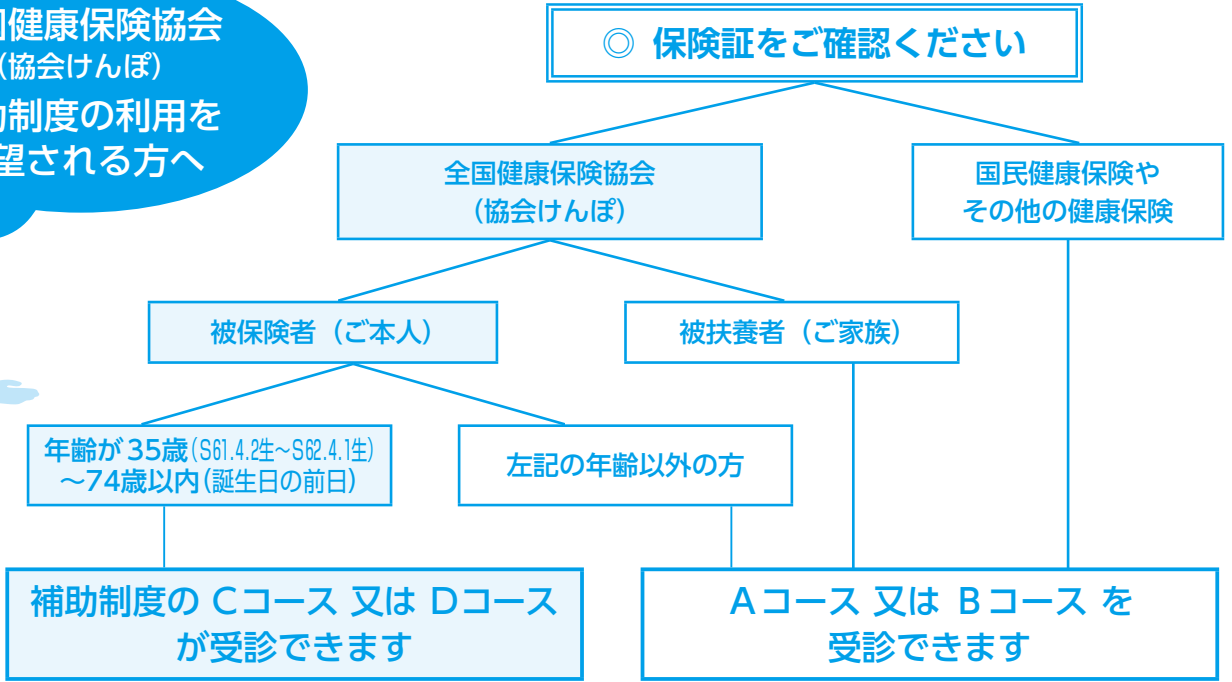


全国健康保険協会
(協会けんぽ)
補助制度の利用を
希望される方へ



◎ 保険証をご確認ください



*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。

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
ご確認ください!

『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。

再度ご確認ください
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3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(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 氏名	キョウカイ 協会 太郎	タ.ロウ.ワ H 40年5月10日生(56歳)	男 大型	R2.8月orR3.3月に受診 した・しない
※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(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) ドック B (27,000円・通常)	基本 C (7,500円・協会けんぽ) ドック D (16,000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 氏名	キョウカイ 協会 花子	ハ.ナ.コ H 41年6月20日生(55歳)	女 大型	R2.8月orR3.3月に受診 した・しない
※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(8/23・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) ドック B (27,000円・通常)	基本 C (7,500円・協会けんぽ) ドック D (16,000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 氏名	キョウカイ 協会 一郎	イチ.ロウ.ワ S 2年5月4日生(31歳)	男 大型	R2.8月orR3.3月に受診 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(8/23・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) ドック B (27,000円・通常)	基本 C (7,500円・協会けんぽ) ドック D (16,000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			

*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 センニホンロウドウ カフシキガイシャ
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 (必須) FAX 012-345-6790

申込責任者 協会

事務処理欄

受診希望者の氏名・
フリガナ・生年月日
年齢・性別をご記入
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。