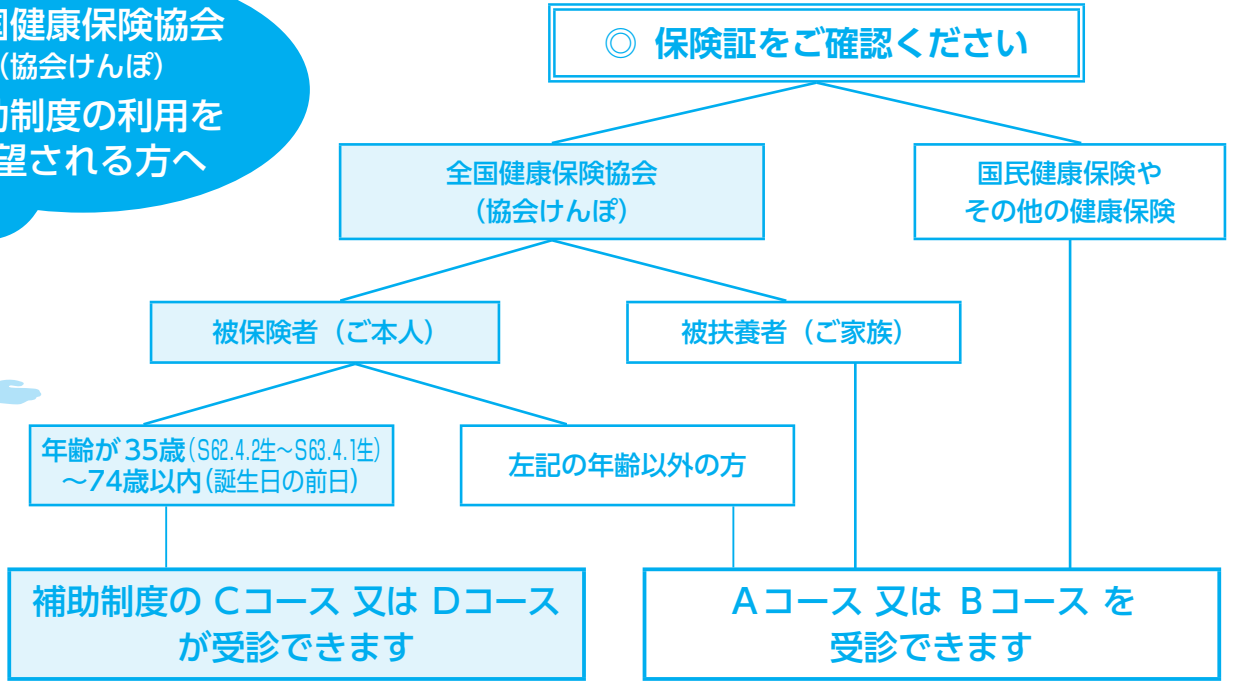


全国健康保険協会  
(協会けんぽ)  
補助制度の利用を  
希望される方へ



◎ 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  
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。

企業名 (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。

事務処理欄

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4年度 冬季

法人会 『生活習慣病予防健診』 受診申込書

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  
性別 男  
生年月日 平成 元年 5月 10日  
生後取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 〇〇株式会社  
保険者番号 〇〇101100116  
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部  
保険者所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

※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(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。

フリガナ	キョウカイ タロウ	◎ 40年 5月 10日生(57歳)	男	R4.3月or 8月に受診
氏名	協会 太郎	H	した	しない
実施日/受付時間	長野(2/2・2/28・3/1・3/2)・須坂(2/24)・篠ノ井(3/3)	受付時間番号(うら表紙参照) [ ① ]		
コース	基本A(通常) ・ ドックB(通常) ・ 基本C(協会けんぽ) * ● トックD(協会けんぽ) *			
記号・番号	CコースまたはDコースの方はご記入ください ⇒ 記号 21700023 番号 21			
オプション	① 脈波ファルス 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 ハナコ	◎ 41年 6月 20日生(56歳)	男	R4.3月or 8月に受診
氏名	協会 花子	H	した	しない
実施日/受付時間	長野(2/27・2/28・3/1・3/2)・須坂(2/24)・篠ノ井(3/3)	受付時間番号(うら表紙参照) [ ② ]		
コース	基本A(通常) ・ ドックB(通常) ・ 基本C(協会けんぽ) * ● トックD(協会けんぽ) *			
記号・番号	CコースまたはDコースの方はご記入ください ⇒ 記号 21700029 番号 28			
オプション	1: 脈波ファルス 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 イチロウ	◎ 2年 5月 4日生(32歳)	男	R4.3月or 8月に受診
氏名	協会 一郎	S	した	しない
実施日/受付時間	長野(2/2・2/28・3/1・3/2)・須坂(2/24)・篠ノ井(3/3)	受付時間番号(うら表紙参照) [ ③ ]		
コース	基本A(通常) ・ ドックB(通常) ・ 基本C(協会けんぽ) * ● トックD(協会けんぽ) *			
記号・番号	CコースまたはDコースの方はご記入ください ⇒ 記号 番号			
オプション	1: 脈波ファルス 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 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 \*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 〒 000-0000 〇〇市〇〇町1-2-3  
TEL 012-345-6789 (必須) FAX 012-345-6790  
ご担当者名 協会

申込み締切日 2月3日(金)

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。