

ご注意下さい!
長野会場が変更と
なっています。(詳細は
裏面参照)

法人会『生活習慣病予防健診』受診申込書

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。

※協会けんぽ扱いをご希望の場合は記号・番号を忘れずにご記入願います。

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	
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	〇〇株式会社	
保険者番号	01010016	
保険者名	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	印

【注意事項】

全国健康保険協会(協会けんぽ)の補助制度をご利用いただくには受診時に被保険者であることが必要(35歳~74歳まで)被扶養者(ご家族)は対象外となります。

*健診当日は保険証の提示が必要です。

『大型保障制度』にご加入の方は○印をして下さい。

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H29年3月orH29年8月に受診
氏名				S H 年 月 日	した・しない
*記号・番号	記号	番号			
希望会場/日時	長野(3/12・3/13・3/14・3/15)・須坂(3/16)・篠ノ井(3/19) →			必ず時間を記入して下さい	時 分から
希望コース	基本 A (17,000円・通常)		基本 C (7,038円・協会けんぽ)		
	ドック B (27,000円・通常)		ドック D (15,516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				

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H29年3月orH29年8月に受診
氏名				S H 年 月 日	した・しない
*記号・番号	記号	番号			
希望会場/日時	長野(3/12・3/13・3/14・3/15)・須坂(3/16)・篠ノ井(3/19) →			必ず時間を記入して下さい	時 分から
希望コース	基本 A (17,000円・通常)		基本 C (7,038円・協会けんぽ)		
	ドック B (27,000円・通常)		ドック D (15,516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				

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H29年3月orH29年8月に受診
氏名				S H 年 月 日	した・しない
*記号・番号	記号	番号			
希望会場/日時	長野(3/12・3/13・3/14・3/15)・須坂(3/16)・篠ノ井(3/19) →			必ず時間を記入して下さい	時 分から
希望コース	基本 A (17,000円・通常)		基本 C (7,038円・協会けんぽ)		
	ドック B (27,000円・通常)		ドック D (15,516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				

*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。

企業名 _____

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

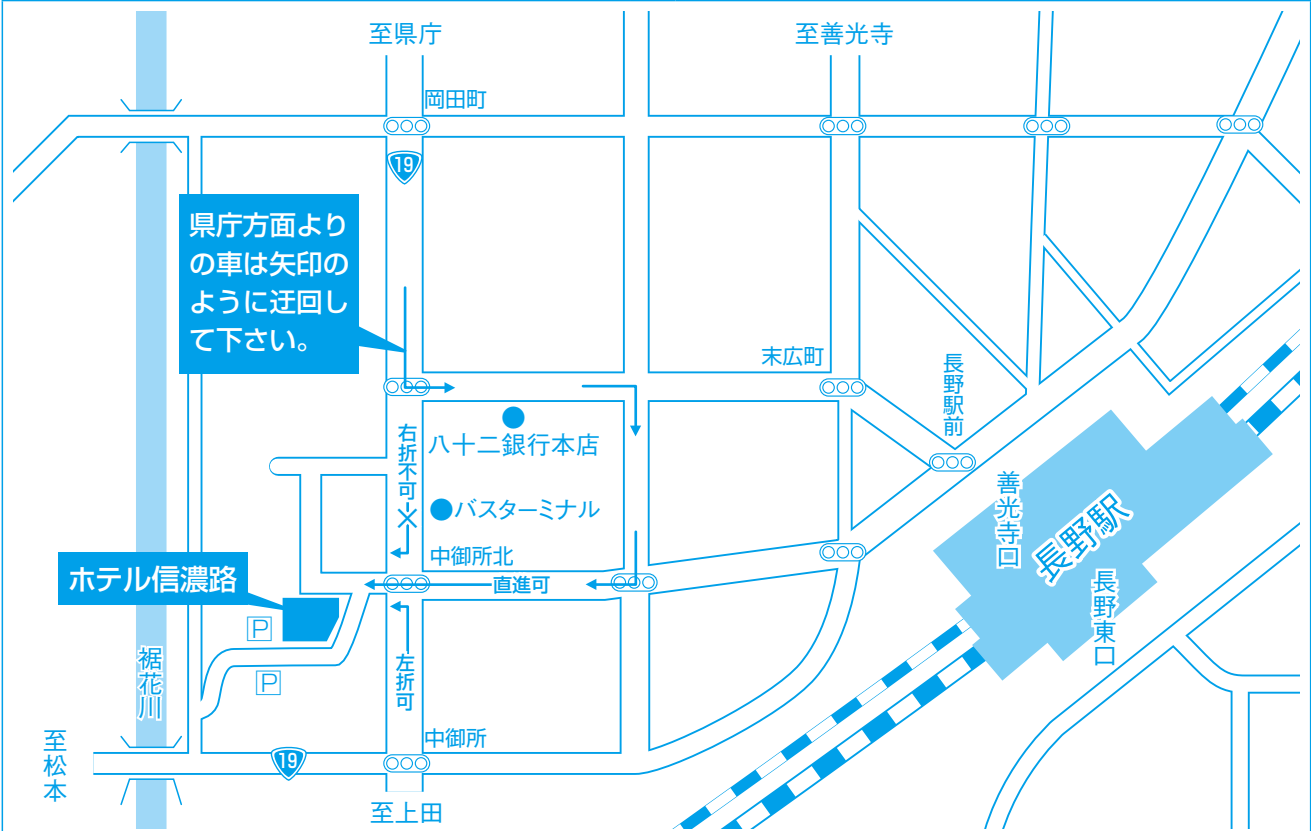
申込責任者 _____

事務処理欄

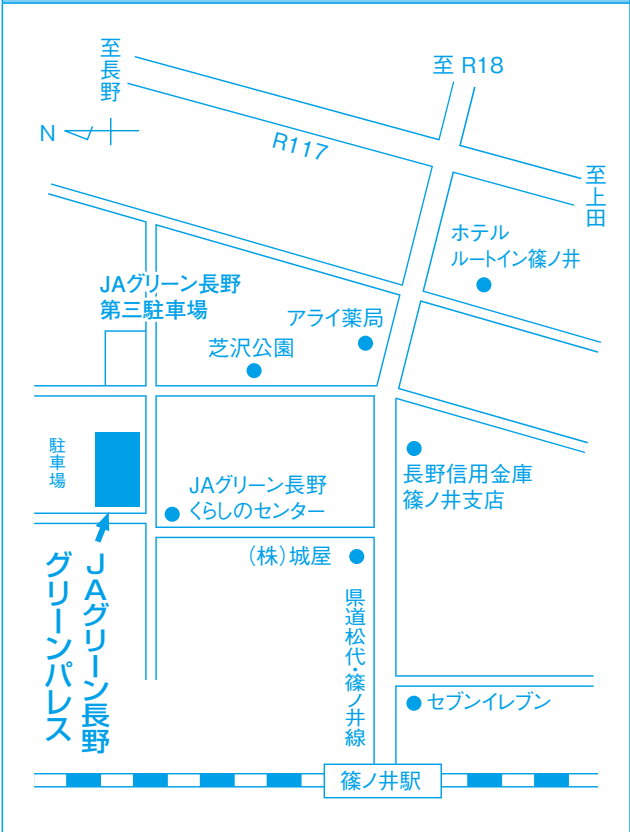
--

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

