

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】

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。

*別途、全国健康保険協会(協会けんぽ)への申込が必要です。詳細は別紙参照

*健診当日は保険証の提示が必要です。補助が利用できるのは年度内1回です。

『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

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 ○株式会社
保険者番号 01010016
保険者名称 全国健康保険協会 ○支部
保険者所在地 ○市○区○町○-○-○

印

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H29年8月 or H30年3月に受診
氏名				S H 年 月 日	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(8/20・8/21・8/22・8/23)・須坂(8/24)・篠ノ井(8/27) →			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 7: LOX-index				

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H29年8月 or H30年3月に受診
氏名				S H 年 月 日	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(8/20・8/21・8/22・8/23)・須坂(8/24)・篠ノ井(8/27) →			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 7: LOX-index				

フリガナ		大型	男・女	生年月日	H29年8月 or H30年3月に受診
氏名				S H 年 月 日	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(8/20・8/21・8/22・8/23)・須坂(8/24)・篠ノ井(8/27) →			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 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。

企業名 _____

住所 〒 _____

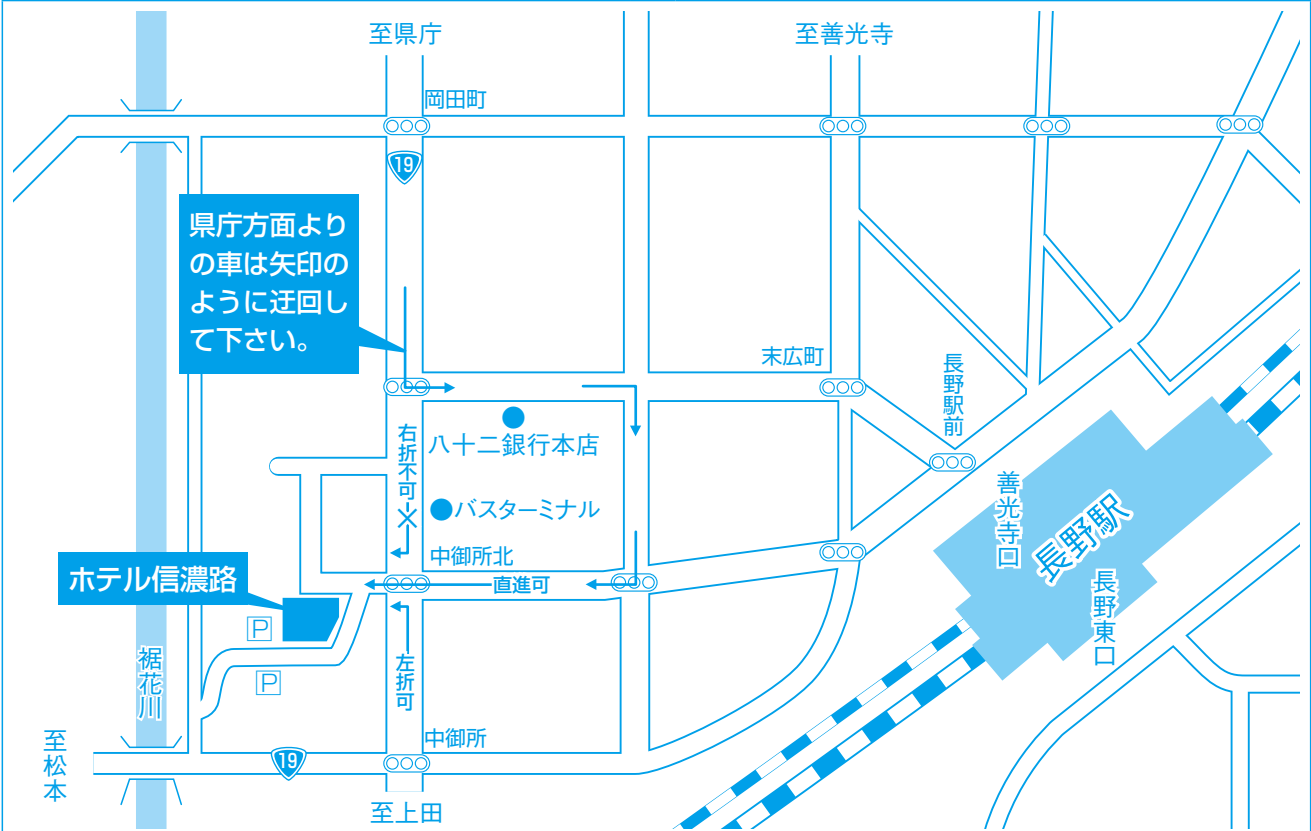
TEL _____ FAX _____

申込責任者 _____

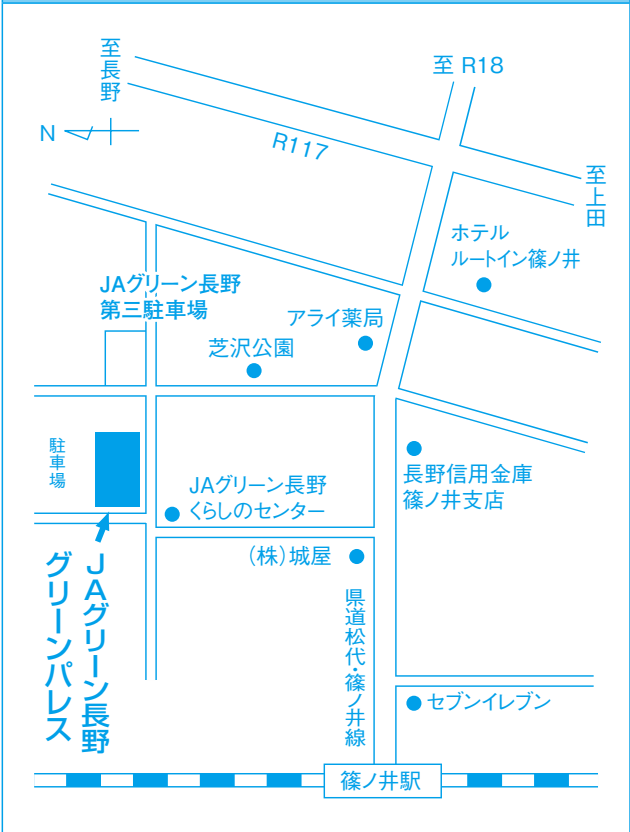
事務処理欄

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

