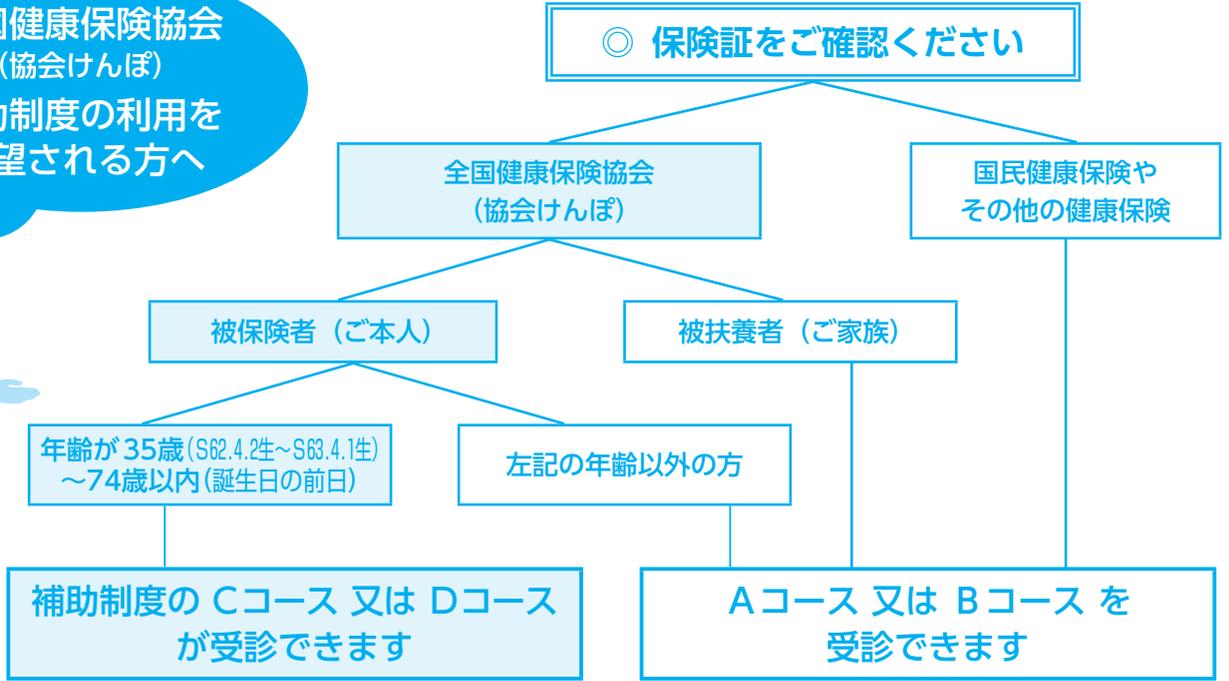


全国健康保険協会
(協会けんぽ)
補助制度の利用を
希望される方へ



◎ 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) 平成26年6月25日交付

※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

※協会けんぽの補助を受ける方の記入

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	R.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)・ ドック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 脈波フェリス 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	R.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)・ ドック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: 脈波フェリス 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	R.3月or 8月に受診
氏名	協会 一郎	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)	【 ③ 】	
コース	基本A(通常)・ドックB(通常)・基本C(協会けんぽ)・ ドック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: 脈波フェリス 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

住所 〒000-0000 ○○市○○町1-2-3

TEL 012-345-6789 (必須) FAX 012-345-6790

ご担当者名 協会

*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)

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。