

長野法人会 行
(FAX224-2655)

令和5年度 夏季

FAXまたは郵送で
お申し込み下さい

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	知寿 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	01101100116	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	

【C・D・Fコースをお申込みの方へ】

全国健康保険協会(協会けんぽ)の補助制度を利用するC・D・Fコースをお申込みいただけるのは、**全国健康保険協会(協会けんぽ)加入事業所の被保険者(本人)**で、**35歳**(S63.4.2生~H1.4.1)~**74歳**(年度中に75歳になる方は誕生日の前日まで)の方になります。

【注意事項】

- 受診申込書に健康保険被保険者証の「記号」・「番号」を必ずご記入ください。
- 補助制度は年度内1回のみ利用できます。
- こちらのコースは、**被扶養者(ご家族)の方は対象外**です。A・B・Eコースをお申込みください。

太枠内の必要事項をご記入願います。

フリガナ		S	年	月	日生(歳)	男	R4.8月or R5.2・3月に受診	
氏名		H				女	した・しない	
実施日/受付時間	長野(8/21・8/22・8/23・8/24)・須坂(8/25)・篠ノ井(8/28) / 受付時間番号 []						(うら表紙参照)	
コース	基本A・ドックB・プレミアE・基本C※・ドックD※・プレミアF※							
*記号・番号	基本C・ドックD・プレミアF		ご希望の方は ご記入ください →		記号	番号		
オプション	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13							

フリガナ		S	年	月	日生(歳)	男	R4.8月or R5.2・3月に受診	
氏名		H				女	した・しない	
実施日/受付時間	長野(8/21・8/22・8/23・8/24)・須坂(8/25)・篠ノ井(8/28) / 受付時間番号 []						(うら表紙参照)	
コース	基本A・ドックB・プレミアE・基本C※・ドックD※・プレミアF※							
*記号・番号	基本C・ドックD・プレミアF		ご希望の方は ご記入ください →		記号	番号		
オプション	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13							

フリガナ		S	年	月	日生(歳)	男	R4.8月or R5.2・3月に受診	
氏名		H				女	した・しない	
実施日/受付時間	長野(8/21・8/22・8/23・8/24)・須坂(8/25)・篠ノ井(8/28) / 受付時間番号 []						(うら表紙参照)	
コース	基本A・ドックB・プレミアE・基本C※・ドックD※・プレミアF※							
*記号・番号	基本C・ドックD・プレミアF		ご希望の方は ご記入ください →		記号	番号		
オプション	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13							

* 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
事業所名* 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)

送付先住所 〒

TEL

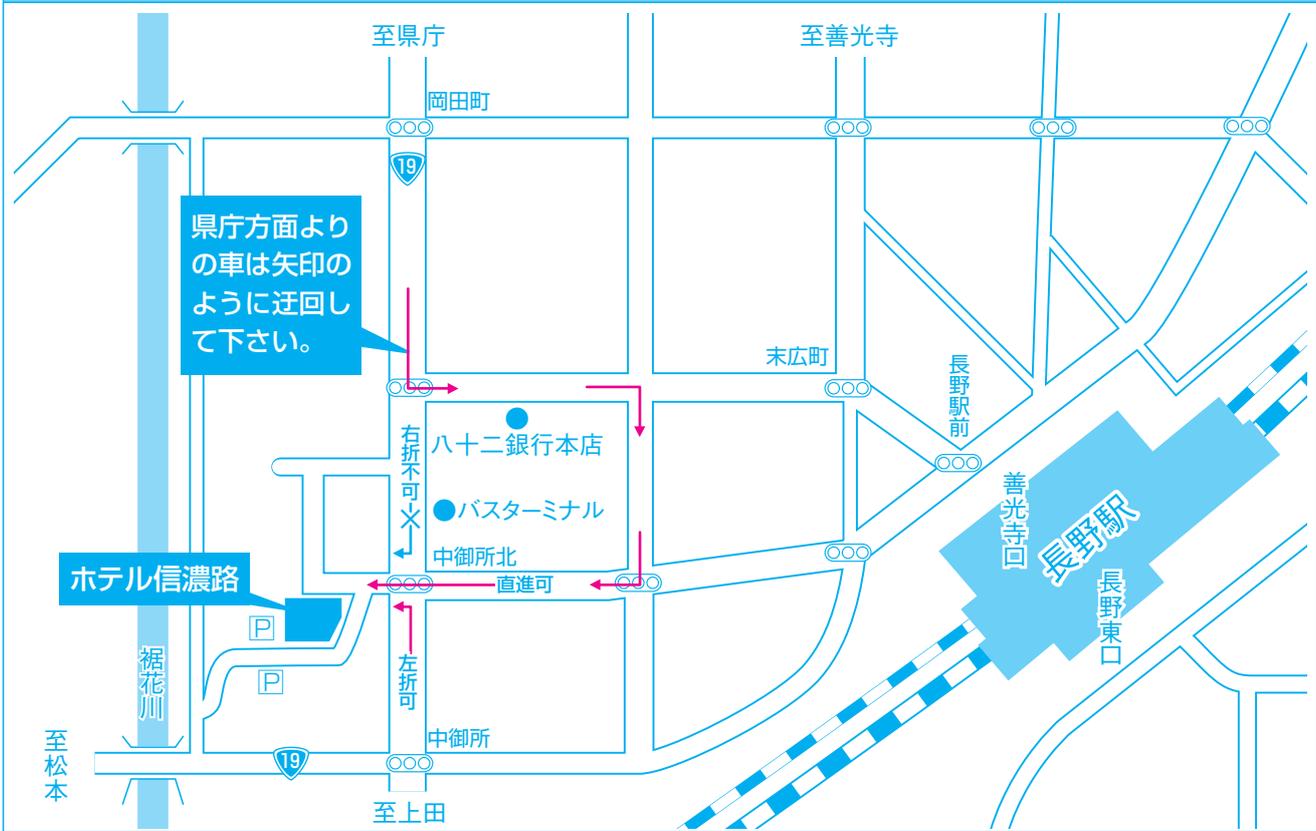
(必須)
FAX

ご担当者名

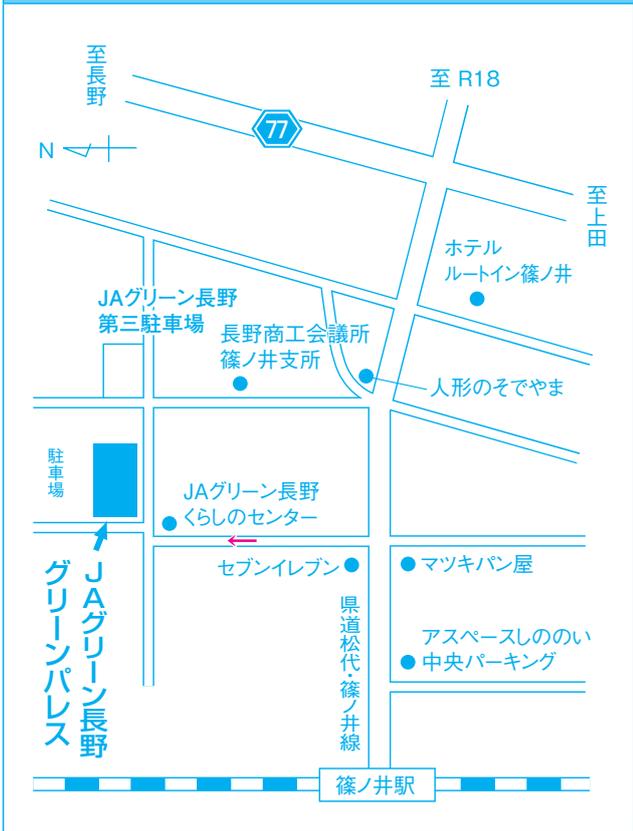
申込み締切日
7月25日(火)

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

