

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
記号	21700023	番号
平成26年 6月25日交付		21
氏名	キョウカイ 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〇〇-〇-〇	

【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。

※協会けんぽの補助を受ける方のみ記入

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	R5.2・3・8月に受診
氏名		H				女	した・しない
実施日・受付時間	長野(2/13・2/14・2/15・2/16)・須坂(2/20)・篠ノ井(2/19) ⇒ 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	R5.2・3・8月に受診
氏名		H				女	した・しない
実施日・受付時間	長野(2/13・2/14・2/15・2/16)・須坂(2/20)・篠ノ井(2/19) ⇒ 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	R5.2・3・8月に受診
氏名		H				女	した・しない
実施日・受付時間	長野(2/13・2/14・2/15・2/16)・須坂(2/20)・篠ノ井(2/19) ⇒ 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)

事業所所在地 〒

事業所所在地と異なる場合は記載

送付先住所 〒

TEL

(必須)
FAX

ご担当者名

申込み締切日
1月23日(火)

健診会場案内図

