

令和7年度夏季 法人会 『生活習慣病予防健診』 受診申込書

(受付 No.

)

|              |           |
|--------------|-----------|
| フリガナ<br>事業所名 | ご担当者      |
| 〒            | TEL ( ) - |
| 事業所<br>所在地   | FAX ( ) - |
| 〒            | TEL ( ) - |
| 送付先<br>住所    | FAX ( ) - |
| フリガナ<br>宛 名  |           |

※書類送付先が上記以外の場合にご記入ください。

「個人情報保護法について」の内容に同意の上、申し込みたいです

| フリガナ<br>氏 名 | 生年月日、性別、年齢<br>(※令和8年4月1日時点の年齢です) | ご希望の実施日に○印を、<br>受付時間番号(うら表紙参照)を記入してください。  | コース                      | ※C・D・Fコースをご希望の方は、<br>資格確認書又は<br>保険証の「記号」と「番号」を必ずご記入ください。 | オプション<br>検査          | 受診歴                  |    |  |                                 |
|-------------|----------------------------------|---|--------------------------|--|----------------------|----------------------|----|--|---------------------------------|
| ①           | 生年月日 昭和 年 月 日<br>性別 男・女 ( 歳)     | 希望会場 長野<br>実施日 7/28・7/29・7/30<br>7/31・8/1 | 須坂 須坂 須坂<br>8/4 8/5 7/25 | 受付時間<br>番号   | 基本A<br>ブックB<br>ジュミアE | 基本C<br>ブックD<br>ジュミアF | 番号 | 1・2・3・4<br>5・6・7・8<br>9・10・11・12<br>13・14・15 | R6.8<br>または<br>R7.2<br>した<br>ない |
| ②           | 生年月日 昭和 年 月 日<br>性別 男・女 ( 歳)     | 希望会場 長野<br>実施日 7/28・7/29・7/30<br>7/31・8/1 | 須坂 須坂 須坂<br>8/4 8/5 7/25 | 受付時間<br>番号   | 基本A<br>ブックB<br>ジュミアE | 基本C<br>ブックD<br>ジュミアF | 番号 | 1・2・3・4<br>5・6・7・8<br>9・10・11・12<br>13・14・15 | R6.8<br>または<br>R7.2<br>した<br>ない |
| ③           | 生年月日 昭和 年 月 日<br>性別 男・女 ( 歳)     | 希望会場 長野<br>実施日 7/28・7/29・7/30<br>7/31・8/1 | 須坂 須坂 須坂<br>8/4 8/5 7/25 | 受付時間<br>番号   | 基本A<br>ブックB<br>ジュミアE | 基本C<br>ブックD<br>ジュミアF | 番号 | 1・2・3・4<br>5・6・7・8<br>9・10・11・12<br>13・14・15 | R6.8<br>または<br>R7.2<br>した<br>ない |
| ④           | 生年月日 昭和 年 月 日<br>性別 男・女 ( 歳)     | 希望会場 長野<br>実施日 7/28・7/29・7/30<br>7/31・8/1 | 須坂 須坂 須坂<br>8/4 8/5 7/25 | 受付時間<br>番号   | 基本A<br>ブックB<br>ジュミアE | 基本C<br>ブックD<br>ジュミアF | 番号 | 1・2・3・4<br>5・6・7・8<br>9・10・11・12<br>13・14・15 | R6.8<br>または<br>R7.2<br>した<br>ない |

※受診希望から以上の欄には、この用紙をコピーの上ご記入ください。



【C・D・Fコースをお申込みする方へ】

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「35歳～74歳」の被保険者(本人)**になります。

この補助制度をご希望される方は、法人会生活習慣病予防健診受診申込書に**健康保険資格確認書又は健康保険被保険者証(保険証)の「記号」と「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。

なお、今回の健診では被扶養者(ご家族)の方はこの補助制度をご利用できませんので、A・B・Eコースをお申込みください。

|   |   |
|---|---|
| 健康保険<br>資格確認書<br>本人(被保険者)<br>21700023 21<br>令和6年12月21日交付<br>(48号) 00                  | 00111   |
| 氏名 協会 太郎<br>生年月日 昭和40年 5月10日<br>性別 男<br>資格取得年月日 令和6年12月2日<br>有効期限 令和11年11月30日         |   |
| 健康保険番号 01101100116<br>保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部<br>保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇                    |   |
|  |  |

FAXまたは郵送で

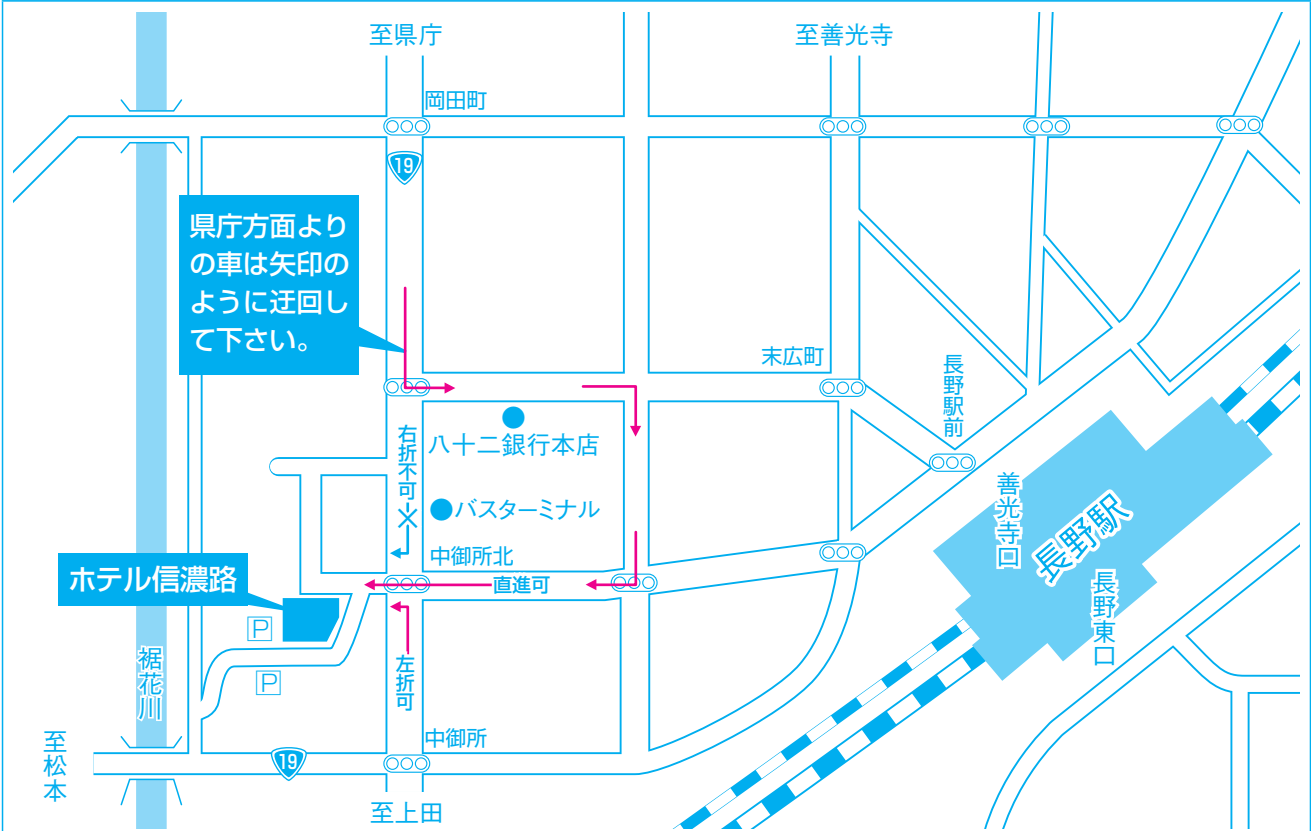
7月4日(金)迄にお申し込みください

個人情報保護法について：(一社)長野法人会は、生活習慣病健診申込書に記入された皆様の個人情報を健康診断実施及び「経営者大型総合保障制度」加入者への補助金交付のために以下提供先へ提供します。

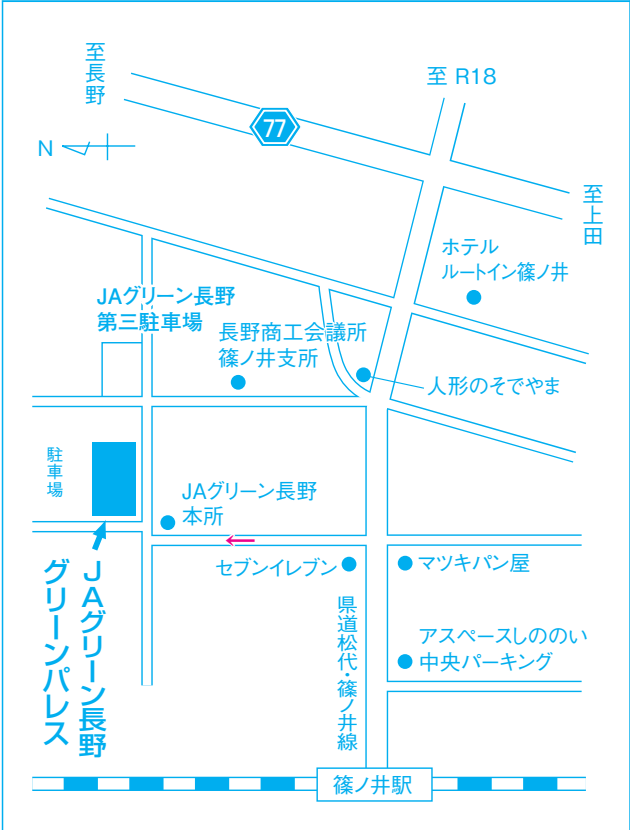
| 提供先                             | 提供項目   | 提供先の利用目的  |
|---------------------------------|--|---|
| (一社)全日本労働福祉協会長野県支部<br>大同生命(保険者) | 生活習慣病健診申込書に記入された個人情報全て<br>生活習慣病健診申込書に記入された氏名、生年月日、事業所名 | 健康診断の結果判定及びご案内<br>「経営者大型総合保障制度」の加入有無の確認 ※確認結果は(一社)長野法人会に提供いたします |

# 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

