

フリガナ 事業所名	ご担当者		
〒 事業所所在地	TEL()	-	
	FAX()	-	
※書類送付先が上記以外の場合にご記入ください。 送付先住所	TEL()	-	
	FAX()	-	
フリガナ 宛名			

「個人情報保護法について」の内容に同意の上、申し込みたいします

	フリガナ 氏名	生年月日、性別、年齢 (※令和9年4月1日時点の年齢です)	ご希望の実施日に○印を、 受付時間番号(うら表紙参照)を記入してください。			通常受診 コース	協会けんぽ 扱いコース	※こちらをご希望の方は、健康保険の 「記号」と「番号」を必ずご記入ください。	オプション 検査	法人会 健診 受診歴
①		生年月日	昭和 年月日	希望会場	長野 7/27・7/28・7/29	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	1・2・3・4 5・6・7・8 9・10・11・12 13・14・15・16	R7.7 R7.8 R8.2 した ・ しない
		性別	男・女 (歳)	実施日	8/4 8/5					
②		生年月日	昭和 年月日	希望会場	長野 7/27・7/28・7/29	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	1・2・3・4 5・6・7・8 9・10・11・12 13・14・15・16	R7.7 R7.8 R8.2 した ・ しない
		性別	男・女 (歳)	実施日	8/4 8/5					
③		生年月日	昭和 年月日	希望会場	長野 7/27・7/28・7/29	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	1・2・3・4 5・6・7・8 9・10・11・12 13・14・15・16	R7.7 R7.8 R8.2 した ・ しない
		性別	男・女 (歳)	実施日	8/4 8/5					
④		生年月日	昭和 年月日	希望会場	長野 7/27・7/28・7/29	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	1・2・3・4 5・6・7・8 9・10・11・12 13・14・15・16	R7.7 R7.8 R8.2 した ・ しない
		性別	男・女 (歳)	実施日	8/4 8/5					

FAXまたは郵送で **7月3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(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 大同生命保険㈱	生活習慣病健診申込書に記入された個人情報全て 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 「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

※受診希望がら名以上の場合は、この用紙をコピーの上にご記入ください。

