

健康診断受診申込書

大野商工会議所 行 (FAX 65-6110)

令和4年 月 日

事業所名		担当者名	
住 所	(〒 -) 大野市		
電 話		FAX	

(1) 一般コースの方

希望日	NO	(フリガナ) 氏 名	性別	生年月日	特殊健診 オプション (希望No.を記入)	さわやか共済 加入割引
6/7 6/14	1		男・女	T/S/H ・		さわやか共済に ・加入している ・加入していない (どちらかに ○をお付けく ださい。)
6/7 6/14	2		男・女	T/S/H ・		
6/7 6/14	3		男・女	T/S/H ・		
6/7 6/14	4		男・女	T/S/H ・		
6/7 6/14	5		男・女	T/S/H ・		

ご記入いただいた情報は、健康診断事業の諸連絡にのみ使用いたします。

- ・ 特殊健康診断、オプション検査をご希望の方は、オプション欄に番号をご記入下さい。
- ・ 当所のさわやか共済にご加入の事業所は、診断料を一人当たり300円割引致します。
- ・ 申込多数の場合はお手数ですが、申込書をコピー頂くか、御社作成の任意の名簿でお申込み下さい。

(2) 協会けんぽコースの方

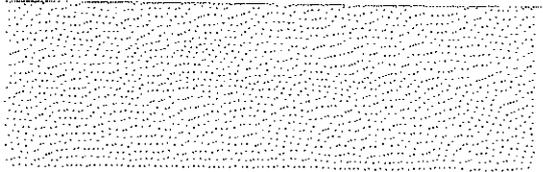
- 政府管掌社会保険加入者で、35歳以上の方が受診できます。
- 全国健康保険協会福井支部よりすでに送られている用紙（をコピーして、
受診希望日を備考欄へ記入の上、ご提出ください。
- 当所のさわやか共済にご加入の事業所様は、診断料を一人当たり300円割引致します。
〔 さわやか共済に ・加入している ・加入していない 〕
※どちらかに○をお付けください。
- オプションをご希望の方は上記申し込み書の備考欄に希望番号をご記入ください。

～協会けんぽコースをご希望の方へ～

(見本) 全国健康保険協会福井支部より送られている用紙

(3月下旬ごろに送付されています。)

- ※ 実際用の紙はA4サイズです。
- ※ 氏名が印字されている場合があります。
- ※ 受診希望日を、必ず備考欄にご記入ください。(6/7(火)か、14(火)のどちらか)
- ※ 本用紙の提出がない場合は、協会けんぽの補助が受けられず、全額自己負担となり、本チラシの受診料では受診できませんので、ご注意ください。
- ※ 子宮がん・乳がん検診は今回の健診では受診できません。何卒ご了承ください。
- ※ 一般コースの方は、提出の必要はありません。
- ※ 希望日が集中した場合は、変更をお願いする場合があります。



1/1

生活習慣病予防健診を受診するにあたり、当協会へのお申し込みは不要です。
健診機関へご予約のうえ、受診してください。

様

AA18-A00008856#

◎この一覧は、生活習慣病予防健診の対象となる方をお知らせするためのものです。令和4年1月時点で当協会に加入している方が印字されています。

◎年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

健康保険証の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	単独で受診できます		一般健診と併せて受診できます		備考
				一般健診	***** ***** *****	付加健診	乳がん検診 子宮頸がん検診	
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
								健診機関名: 健診予定日: 年 月 日

