

健康診断受診申込書

大野商工会議所 行 (FAX 65-6110)

令和5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

オプションのみの受診はできません。

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
6/6 6/13	1		男・女	T/S/H ・		さわやか 共済に
6/6 6/13	2		男・女	T/S/H ・		・加入している
6/6 6/13	3		男・女	T/S/H ・		・加入して いない
6/6 6/13	4		男・女	T/S/H ・		(どちらかに ○をお付けく ださい。)
6/6 6/13	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。