

矢巾町商工会健康診断申込書

矢巾町商工会 行 (FAX 697-5115)

所在地	〒 _____
事業所名	_____
代表者名	_____
電話/FAX	(電話) _____ (FAX) _____
ご連絡担当者	(職・氏名) _____

希望する 健診の種類 いずれかに○印を お願いします	① 生活習慣病予防健診			② 定期健診			③ 人間ドック
	対象者：35歳以上の協会 けんぽ加入者			対象者：どなたでも受診 できます			対象者：どなたでも受診 できます
	7,038 円(税込)			8,942 円(税込)			35歳以上の協会けんぽ加入者は 補助を受けることができます。
受診予定人数 ご希望の日ごとに 人数をお願いします	6/11 (火)	6/12 (水)	どちら でも可	6/11 (火)	6/12 (水)	どちら でも可	受診日の調整は、お申し込み 後に岩手県予防医学協会と直 接行うこととなります。
	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名	_____ 名 コース _____

他オプション希望

①大腸がん検査 _____名 ②前立腺がん検査 _____名 ③胃部X線検査 _____名

※「別紙2 受診者名簿」のオプション欄にもご希望の際は○印をお願いします

受診助成金振込先 (※本年度から口座振込とさせていただきますのでご協力お願いします。)
振込先

銀行名 _____ 支店名 _____

普通・当座 No. _____ 預金者名 _____

通 信 欄

※申込上の注意

- 「①協会けんぽ健診」をご希望の方は、全国健康保険協会から送付されている「生活習慣病予防健診申込書」をあわせて商工会に提出願います。
(とりまとめて商工会から発送しますので、全国健康保険協会に送らないようお願いします。)
- 生活習慣病予防健診申込書の「健診を受ける日」は、空欄のままで、「健診機関名」には岩手県予防医学協会とご記入願います。

商工会処理欄

受付日	名簿確認日	備考