**別紙１　２０２０年度実施用**

**矢巾町商工会健康診断申込書**

矢巾町商工会 行 (**FAX 019-697－5115**)

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |
| 7,169円(税込) | 9,317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**ご希望の日にちに○印をお願いします | **9/9****（水）** | **9/10****（木）** | **どちら****でも可** | **9/9****（水）** | **9/10****（木）** | **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 |
| **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線撮影**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 |
| **通信欄** |
| **助成金振込希望口座****●銀 行 名：　岩手銀行　・　東北銀行　・　北日本銀行　・　盛岡信用金庫****●支 店 名：　　　　　　　　　　　　支店　　　●種　　別：　　普通預金　・　当座預金****●口座番号：****（フリガナ）****●名　　義：** |
| **※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より送付されている**「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。）また、生活習慣病予防健診申込書の「健診予約済年月日」は空欄のまま、「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 |
|  |  |  |