別紙　1-1

矢巾町商工会令和4年度健康診断申込書

ページ中　　枚目

1

事前送付物、健診結果の送付先を記入してください。

住所・名称	所在地	〒
	名　称 （法人申込のみ）	
	電話番号	
加入健康保険組合	保険者番号	
	名　称	

※申込者が多い場合は、お手数ですがコピーしてご記入ください。

2

※「窓口支払」または「会社請求書支払」のどちらかに☑をつけてください。

☐ 窓口支払　　☐ 会社請求書支払

⬇

請求書送付先が左記と異なる場合は記入してください。

所在地	〒
宛　名	
電話番号	

※請求書は月末締め翌月10日前後にお送りいたします。

＜返送先＞

矢巾町商工会　宛

〒028-3615

岩手県紫波郡矢巾町南矢幅8-261

TEL　019-697-5111

FAX　019-697-5115

URL：https://www.shokokai.com/yahab

医療機関記入欄	フリガナ 氏　名	保険証記号 保険証番号	本人・家族	性別	生年月日	受診施設	希望する健診 ※「コース別料金表」をご確認ください。	希望するオプション検査 ※「オプション検査料金表」をご確認ください。	希望月日（7月～8月中） ※「営業日カレンダー」をご確認ください。	備考
					年　月　日	すこや館（矢巾）				
					年　月　日	すこや館（矢巾）				
					年　月　日	すこや館（矢巾）				
					年　月　日	すこや館（矢巾）				
					年　月　日	すこや館（矢巾）				
					年　月　日	すこや館（矢巾）				