



FAXでお申込みください

名古屋中法人会  
16033

# 生活習慣病予防健診 申込書

1 新規申込	フリガナ	TEL( ) -
2 会社名、住所等変更	事業所名	FAX( ) -
3 変更なし (住所はご記入下さい)	住所	携帯電話(日中連絡の取れる電話番号) - -

\*オプションのみの申込みは出来ません

ご希望のコースに○をお願いします。

協会けんぽ補助希望者 保険番号: 区分	受診者氏名	性別	生年月日	Aコース		Bコース		Cコース		オプション検査(ご希望に○をご記入ください)							受診希望日		備考					
				お勤め (男性)	お勤め (女性)	お勤め (男性)	お勤め (女性)	基本	胃なし	ロウソク インテックス 検査	アルギン 検査	第1希望	第2希望	胃なし	ロウソク インテックス 検査	アルギン 検査	第1希望	第2希望						
フリガナ 被保険者 被扶養者		男・女	S・H	A	B	C				☆腹部 超音波	☆腫瘍 マーカー	☆肝炎 ウイルス	☆前立 腺癌	☆子宮 癌	☆眼圧	ABC 健診	BNP	ロウソク インテックス 検査	アルギン 検査	胃なし	/	/		
フリガナ 被保険者 被扶養者		男・女	S・H	A	B	C																		
フリガナ 被保険者 被扶養者		男・女	S・H	A	B	C																		
フリガナ 被保険者 被扶養者		男・女	S・H	A	B	C																		
フリガナ 被保険者 被扶養者		男・女	S・H	A	B	C																		
フリガナ 被保険者 被扶養者		男・女	S・H	A	B	C																		

合計 名 ◎6名以上申込みされる場合はお手数ですがコピーの上ご記入下さい ◎☆印はAコース、Bコースにふくまれます

◎協会けんぽ(社会保険)加入者のみご記入下さい。  
保険記号(保険証氏名上の7ケタ、又は8ケタの番号です)

保険 番号									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記号									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ◎協会けんぽ補助を利用される方は別紙と裏面をご確認下さい
- ◎胃部レントゲンを受診されない方は胃ナシの欄に○を付けて下さい  
(協会けんぽ補助ご利用の方は原則として胃部レントゲン検査は省略出来ません)
- ◎書類送付先について(上記と送付先が異なる場合のみ下記ご記入下さい)

◎受診券ご利用頂く方のみご記入下さい

受診券  
整理番号

宛名 \_\_\_\_\_ 印

〒 \_\_\_\_\_ 住所

◎裏面もご確認下さい