

健康診断申込書

上野商工会議所 (TEL:0595-21-0527、FAX:0595-24-3857)

事業所名			
所在地	〒	ご担当者	
TEL	()		従業員数
FAX	()		

保険者番号		記号		※ご希望の健診項目に○を付けて下さい						
受診者名		保険証番号	生年月日	性別	受診項目					
					A 定期健診	B 生活習慣	C 生活習慣	D 腫瘍A	E 前立腺	F 婦人A
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										
フリガナ			昭和・平成 年 月 日	男女						
氏名										

※11名以上申込される場合はコピーしてご利用下さい。

申込み健診項目		料金	人数		小計	
(A) 定期健康診断	会員	7,500円	非会員	名		円
	※アクサ会員	7,000円		名		円
(B) 生活習慣病健診 (協会けんぽ補助使用)	会員	7,500円	非会員	名		円
	※アクサ会員	7,000円		名		円
(C) 生活習慣病健診 (補助なし)	会員	13,700円	非会員	名		円
	※アクサ会員	13,200円		名		円
(D) 腫瘍マーカーAセット	¥6,000			名		円
(E) 前立腺検査(PSA)	¥2,000			名		円
(F) マーカー婦人Aセット	¥4,500			名		円

※受診費用については、申込書を添えて会議所へ申込み期日までにご持参ください。

合計 円

※商工会議所会員でアクサ会員の方は500円の補助があります。

※(B)生活習慣病健診を受診の際は保険者番号・記号及び保険証番号をご記入ください。