

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 (補助使用)	C 生活習慣 (補助なし)	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											

※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9,500円	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9,500円	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15,700円	名 円
	※アクサ会員 13,200円		名 円
(D) 腫瘍マーカーAセット	¥6,200	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。

※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。

合計 円