## 健康診断申込書

上野商工会	養所(	TEL:0595-21	-0527、FA	X:0595-24-3	3857)										٦
事業別	<b>斤名</b>														
所在地 TEL		Ŧ								ご担当者					
			( )							従業員数			 数		
FAX	K				(		)								
保険者番号			記号	7						※ご希	望の健診	項目に(	Dを付け <sup>・</sup>	て下さい	_
受請									受診項目						
		受診者名	诊者名		生年月日			性別	A 定期健診		と 生活習慣 (補助なし)	Ⅰ賱場A	E 前立腺	F 婦人A	
フリガナ					昭和	・ 平成 年	月	日	男女						
							/1								
フリガナ 氏名					昭和	・ 平成 年	月	日	男女						
フリガナ					昭和	<ul><li>平成</li></ul>			男						
氏名						年	月	日	女						
フリガナ					昭和	<ul><li>平成</li></ul>			男						
氏名						年	月	日	女						
フリガナ					昭和	<ul><li>平成</li></ul>			男						
氏名						年	月	日	女						
フリガナ				_	昭和	<ul><li>平成</li></ul>	月	日	男女						
氏名						年									
フリガナ					昭和	<ul><li>平成</li></ul>			男						
氏名						年	月	日	女						
フリガナ				_	昭和	<ul><li>平成</li></ul>			男						
氏名						年	月	日	女						
フリガナ									l _	1			1		

※11名以上申込される場合はコピーしてご利用下さい。

氏名 フリガナ

氏名

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	4		円		
(A) 足别性尿形的	※アクサ会員 7,000円	乔云真5,500円	*		円		
(B)生活習慣病健診	会員 7,500円	非会員9,500円	4		円		
(協会けんぽ補助使用)	※アクサ会員 7,000円	非云貝5, 500円	名	1	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	1	円		
(作用りなし)	※アクサ会員 13, 200円	<b>非太貝10, /00</b> 円	名		円		
(D)腫瘍マーカーAセット		¥6,200	名	1	円		
(E)前立腺検査(PSA)		¥2,000	名	1	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。 <b>合計</b>							

昭和 • 平成

昭和・ 平成

年

月

男

女

男

女

日

日

<sup>※</sup>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。

<sup>※</sup>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。

<sup>※(</sup>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。