

健康診断申込書

上野商工会議所（メール：info@iga-ueno.or.jp／FAX：0595-24-3857）

事業所名				ご担当者			
所在地	(干)						
TEL／FAX	TEL：	／	FAX：	お支払方法 選択	☐ 振込み / ☐ 現金払い		

※ 協会けんぽ加入者の方は、必ず太枠の ① 保険者番号・
② 記号・③ 保険証番号 をご記入ください（裏面参照）

① 保険者番号	② 記 号
---------	-------

※誠に勝手ながら、振込手数料は
ご負担願います。

受診者名		③ 保険証 番号	生年月日	受診項目：ご希望の健診項目欄に○を記入してください											計	
				(A)			(B)						(C)	(D)		(E)
							協会けんぽ加入			協会けんぽ非加入						
				(イ)	(ロ)	(ハ)	(イ)	(ロ)	(ハ)	(イ)	(ロ)	(ハ)				
				7500円	9500円	7000円	7500円	9500円	7000円	13700円	15700円	13200円	6200円	2000円	4500円	
①	フリガナ		S H													
	氏名	男・女														
②	フリガナ		S H													
	氏名	男・女														
③	フリガナ		S H													
	氏名	男・女														
④	フリガナ		S H													
	氏名	男・女														
⑤	フリガナ		S H													
	氏名	男・女														

※5名以上申込される場合はコピーしてご利用ください。

合計 ：

＜協会けんぽ加入者の方の記入例＞

全国健康保険協会（協会けんぽ）加入者の方は、必ず ①保険者番号、②記号、③保険証番号を必ずご記入ください。

事業所名			ご担当者		
所在地	(〃)				
TEL/FAX	TEL :	FAX :	お支払方法 選択	☐ 振込み	☐ 現金払い

※ 協会けんぽ加入者の方は、必ず太枠の ① 保険者番号・② 記号・③ 保険証番号 をご記入ください（裏面参照）

① 保険者番号

② 記号

※ 年度末に、全国健康保険協会（協会けんぽ）から送付される「全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧」を参照してください。