

全国健康保険協会 20歳・25歳・30歳生活習慣病予防健診 申込み名簿

企業NO :

事業所名 _____ 様

◎20歳・25歳・30歳は2,500円（胃検査・便検査含まず）

※該当する項目を○で囲んで下さい。

住所 _____

TEL: _____

【健診料金支払い方法】

- 1. すべて事業所請求
- 2. 一部自己負担 (_____)
- 3. 当日全額自己負担

担当者 FAX: _____

※は必ず記入をお願いします。（保険者証参照）

【事業主への結果報告書控え】

- 1. 不要（ご本人のみ報告）
- 2. 必要（必ず受診者の了承を得てください）

※ 保険者番号（8桁） : _____

【案内、問診等の送付先】

- 1. 自宅
- 2. 事業所

※ 記号 : _____

※ 保険 番号	ふりがな	生年月日	性別	第1希望月日（曜日）	第2希望月日（曜日）	備考・オプション
	お名前					
1	S H	. ()	男・女	/ ()	/ ()	
	ご住所（アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。）					
2	S H	. ()	男・女	/ ()	/ ()	
	ご住所（アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。）					
3	S H	. ()	男・女	/ ()	/ ()	
	ご住所（アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。）					
4	S H	. ()	男・女	/ ()	/ ()	
	ご住所（アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。）					