健診申込書

一般社団法人　成田法人会

フリガナ 事業所名	ご担当者名
〒 住所	電話番号（　　）　－ Fax 番号（　　）　－
※書類送付先が上記以外の場合にご記入ください＊ 〒 住所	電話番号（　　）　－ Fax 番号（　　）　－
フリガナ 宛名	

人数	受診者氏名・フリガナ	性別	生年月日（和暦）	希望コース名			受診希望日		
				生活習慣病健診	オプション検査		第1	第2	
1	フリガナ	男 女	昭和 平成 年　月　日	総合＋喀痰	ｱﾐﾉｲﾝﾃﾞｯｸｽ	ABC 検 診	／	／	
				総　合	Lox-index	C Y F R A			
				A	頸　動　脈	前　立　腺			
				S	女 性 健 診				
2	フリガナ	男 女	昭和 平成 年　月　日	総合＋喀痰	ｱﾐﾉｲﾝﾃﾞｯｸｽ	ABC 検 診	／	／	
				総　合	Lox-index	C Y F R A			
				A	頸　動　脈	前　立　腺			
				S	女 性 健 診				
3	フリガナ	男 女	昭和 平成 年　月　日	総合＋喀痰	ｱﾐﾉｲﾝﾃﾞｯｸｽ	ABC 検 診	／	／	
				総　合	Lox-index	C Y F R A			
				A	頸　動　脈	前　立　腺			
				S	女 性 健 診				
4	フリガナ	男 女	昭和 平成 年　月　日	総合＋喀痰	ｱﾐﾉｲﾝﾃﾞｯｸｽ	ABC 検 診	／	／	
				総　合	Lox-index	C Y F R A			
				A	頸　動　脈	前　立　腺			
				S	女 性 健 診				
5	フリガナ	男 女	昭和 平成 年　月　日	総合＋喀痰	ｱﾐﾉｲﾝﾃﾞｯｸｽ	ABC 検 診	／	／	
				総　合	Lox-index	C Y F R A			
				A	頸　動　脈	前　立　腺			
				S	女 性 健 診				
6	フリガナ	男 女	昭和 平成 年　月　日	総合＋喀痰	ｱﾐﾉｲﾝﾃﾞｯｸｽ	ABC 検 診	／	／	
				総　合	Lox-index	C Y F R A			
				A	頸　動　脈	前　立　腺			
				S	女 性 健 診				

ご記入いただきました個人情報は、健康診断に関わる利用目的以外には使用いたしません。

↑
協会けんぽ費用負担補助を利用する方は○をして下さい

〈協会けんぽ（全国健康保険協会）の保険証をお持ちの方へ〉

（国民健康保険やその他の健康保険とは違います）

◎協会けんぽ費用負担を利用されますか？

（"いいえ"か"はい"に○をして下さい）

◆被保険者の方が対象です。被扶養者の方は対象外となります。

いいえ □ (1)"生活習慣病健診申込書"（こちらの申込書）
→(1)のみ FAX して下さい。

→下記(1)と(2)もしくは(3)を FAX して下さい。

は　い □ (1)"生活習慣病健診申込書"（こちらの申込書）

□ (2) 全国健康保険協会"生活習慣病予防健診申込書"
（全国健康保険協会から4月に送付されている印字済の用紙です）

□ (3) (2)を紛失された場合は健康保険証のコピー
（協会けんぽ補助を利用される方全員分）

◎受診前に手続きが済んでいないと補助が受けられませんのでご注意下さい。

お申し込みFAX番号

03－5767－1710

※FAX番号はお間違えのないようにお願いいたします。

（一財）全日本労働福祉協会　渉外部

〒　143-0016
住所　東京都大田区大森北1-18-18　3F
電話　03－5767－1714　（月～金　9：00～12：00　13：00～17：00）