

# 健診申込書

ご希望のコース・オプション検査を  
○で囲んで下さい。

一般社団法人 成田法人会

フリガナ 事業所名	ご担当者名
〒	電話番号 ( ) -
住所	Fax 番号 ( ) -
※書類送付先が上記以外の場合にご記入ください*	
〒	電話番号 ( ) -
住所	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	けんぽ	新型コロナ	第1	第2
1	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミンデックス	MAST48	新 型 コ ロ ナ	/	/
				総合	Lox-index	ABC 検診			
				A	頸動脈	CYFRA			
				S	女性健診	前立腺			
2	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミンデックス	MAST48	新 型 コ ロ ナ	/	/
				総合	Lox-index	ABC 検診			
				A	頸動脈	CYFRA			
				S	女性健診	前立腺			
3	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミンデックス	MAST48	新 型 コ ロ ナ	/	/
				総合	Lox-index	ABC 検診			
				A	頸動脈	CYFRA			
				S	女性健診	前立腺			
4	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミンデックス	MAST48	新 型 コ ロ ナ	/	/
				総合	Lox-index	ABC 検診			
				A	頸動脈	CYFRA			
				S	女性健診	前立腺			
5	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミンデックス	MAST48	新 型 コ ロ ナ	/	/
				総合	Lox-index	ABC 検診			
				A	頸動脈	CYFRA			
				S	女性健診	前立腺			

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。

◎6名様以上の場合、お手数ですがコピーして頂きお申し込み下さい。

## FAX またはEメールでお申し込み下さい

FAX 03-5767-1710 Eメール kenshin@zrf.or.jp

※メールでお申し込みの際は上記「健診申込書」と同じ必要事項を記載し送信して下さい。

(添付ファイルにて送信して頂いても大丈夫です)

また、件名に【成田法人会】と記載ください。

協会けんぽ(全国健康保険協会)費用補助を利用する方はけんぽ欄に○をして頂き、下記①または②を同送下さい。

① “健診対象者一覧”(毎年3月に協会けんぽから事業主様へ送付されております。)

② “健康保険証コピー”

※国民健康保険やその他の健康保険とは違います。

※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。

※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ください。

## (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)