

令和元年度定期健康診断・生活習慣病健診申込書

事業所名

フリガナ 事業所名	担当者名
住所 〒	電話：
	F A X：

◎「氏名」、「フリガナ」、「性別」、「生年月日」、「健診コース」、「オプション」欄にご記入ください。

	フリガナ 氏名	性別	生年月日	健診コース	オプション (番号に○を付けてください。)
例	ケンシン タロウ 健診 太郎	①男・女	(平成 昭和) 48・5・11	Aコース・Bコース・Cコース	1・2・3・4・5・6・⑦ 8・9・⑩・11・12
1		男・女	(平成・昭和) .	Aコース・Bコース・Cコース	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12
2		男・女	(平成・昭和) .	Aコース・Bコース・Cコース	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12
3		男・女	(平成・昭和) .	Aコース・Bコース・Cコース	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12
4		男・女	(平成・昭和) .	Aコース・Bコース・Cコース	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12
5		男・女	(平成・昭和) .	Aコース・Bコース・Cコース	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12
6		男・女	(平成・昭和) .	Aコース・Bコース・Cコース	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12

※午前中は胃部レントゲン検査がある方を優先的にご案内いたしますのでご了承ください。

※がん検診について、取組み要件を満たせば奨励金の申請が行えます。

詳細は商工会までお問い合わせ下さい。

〔Bコース〕を申し込まれる方はご一読下さい

～協会けんぽ補助申請のご案内(Bコース利用者)～

対象：協会けんぽの加入事業所で35歳以上の被保険者の方。

【被扶養者（国民年金第三号被保険者）は対象外】

方法：①全国健康保険協会茨城支部に補助申請をする。

(〒310-8502 水戸市南町3-4-57水戸セントラルビル TEL:029-303-1584)

※受診者個人ではなく、事業所単位でまとめて申請願います。

②全国健康保険協会茨城支部に申請した申込書のコピーを商工会に申し込む際に添付する。

ご記入いただきました個人情報、健康診断に関わる事務処理以外には利用いたしません。