

健康診断受診申込書（協会けんぽ加入事業所は緑の封筒の生活習慣病予防検診対象者一覧表も一緒にご提出ください）

大野町商工会長 様

令和4年 月 日

※保険証			氏名	フリガナ (必ずご記入下さい)	性別	生年月日	入社年月	一般健診 (○をおつけください)	オプション検査 (○をおつけください)
保険者番号	記号	番号							
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
					男・女	S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	A・B・C	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10

受診者を記入しきれない場合はコピーしてご使用ください。

●一般健診 A@8,250円×()名 +B@7,169円×()名 +

C@19,580円×()名=①合計()円 住 所

●オプション検査【 () 】②()円 事業所名

ぎふ健診センターへ直接支払金額 受診料合計①+②()円 代表者名

●商工会助成金振込先

電話番号

金融機関名		支店名	支店	預金種類	当・普
口座番号		フリガナ	名	義	

商工会助成金振込口座のご記入を必ずお願いします。