

(別紙)

健康診断申込書

1. 企業名 _____

2. 代表者名 _____

保険の種類
国保・社保

3. 受診票等 干 一
送付先住所 愛西市

4. TEL _____ / FAX _____

下記のとおり、受診を申し込みます。(記入もれのないようお願いします)

番号	フリガナ 受診者名	性別 (○で 囲む)	生年月日	年齢	希望コース(○で囲む)			中小企業共済 加入の有無 (○で囲む)	負担金 (該当する金額を○で囲む)						希望日 (希望日を○で囲む)
					協会けんぽ 補助あり	協会けんぽ 補助なし			1,100	7,300	12,600	18,800	2,200	8,300	
1		男・女	S・H 年 月 日		A	A	B	加入・未加入	1,100	7,300	12,600	18,800	2,200	8,300	9/10・9/17・9/23・いつでもよい
2		男・女	S・H 年 月 日		A	A	B	加入・未加入	1,100	7,300	12,600	18,800	2,200	8,300	9/10・9/17・9/23・いつでもよい
3		男・女	S・H 年 月 日		A	A	B	加入・未加入	1,100	7,300	12,600	18,800	2,200	8,300	9/10・9/17・9/23・いつでもよい
4		男・女	S・H 年 月 日		A	A	B	加入・未加入	1,100	7,300	12,600	18,800	2,200	8,300	9/10・9/17・9/23・いつでもよい
5		男・女	S・H 年 月 日		A	A	B	加入・未加入	1,100	7,300	12,600	18,800	2,200	8,300	9/10・9/17・9/23・いつでもよい
6		男・女	S・H 年 月 日		A	A	B	加入・未加入	1,100	7,300	12,600	18,800	2,200	8,300	9/10・9/17・9/23・いつでもよい
7		男・女	S・H 年 月 日		A	A	B	加入・未加入	1,100	7,300	12,600	18,800	2,200	8,300	9/10・9/17・9/23・いつでもよい
8		男・女	S・H 年 月 日		A	A	B	加入・未加入	1,100	7,300	12,600	18,800	2,200	8,300	9/10・9/17・9/23・いつでもよい
9		男・女	S・H 年 月 日		A	A	B	加入・未加入	1,100	7,300	12,600	18,800	2,200	8,300	9/10・9/17・9/23・いつでもよい
10		男・女	S・H 年 月 日		A	A	B	加入・未加入	1,100	7,300	12,600	18,800	2,200	8,300	9/10・9/17・9/23・いつでもよい