

(別紙)

# 健康診断申込書

1. 企業名 \_\_\_\_\_

2. 代表者名 \_\_\_\_\_

保険の種類

3. 受診票等 下  
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	9/2・9/14・9/29
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	9/2・9/14・9/29
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	9/2・9/14・9/29
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	9/2・9/14・9/29
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	9/2・9/14・9/29
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	9/2・9/14・9/29
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	9/2・9/14・9/29
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	9/2・9/14・9/29
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	9/2・9/14・9/29
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	9/2・9/14・9/29

↑ 生活習慣病予防健診申込書を持参下さい。

合計 円