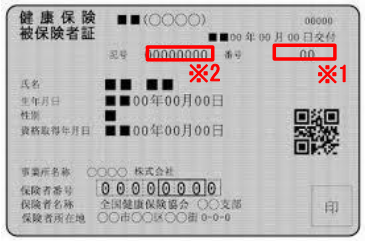
福島商工会議所　生活習慣病健診申込書



事業所名	様	（ご担当者名）	様	TEL	ー　ー
〒　－	（住所）問診票送付先			FAX	ー　ー

（生命共済制度加入の有無） ※必ずご記入願います	有 ・ 無

健康保険被保険者証の記号　Aコースの場合記入願います 健康保険被保険者証（青色）・氏名上部の数字を記入（7～8桁）→	※2

男性受診日	8/30（土）　受付時間　9:00～10:00 9/3（水）、9/4（木）、9/5（金）　受付時間　9:00～11:00

女性受診日	8/30（土）　受付時間　10:30～11:00 9/1（月）、9/2（火）　受付時間　9:00～11:00 ※ 乳がん検査は9/1と9/2のみです。

お支払い方法
受診後、健診機関より事業所宛へ請求書を送付致します。請求書に記載の指定の口座へ期限までにお振り込み願います。
※検査前の事前振込はありません。

受診者氏名及び受診希望日の記入欄
検査項目・受診希望時間は○印でご記入下さい。※受診日は希望に添えない場合もございます。

Aコースは**胃がん検査**、**大腸がん検査**が含まれております。　Bコースは**眼底検査**が含まれております。　A,B共通オプションです。

氏名（漢字）	氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	生年月日（年.月.日）	性別	受診月	受診日	ご希望の時間帯に○を付けてください					健康保険被保険者証の番号【Aコースのみ記入】※1	Aコース				Bコース				共通オプション					
												Aコース	Aコースｵﾌﾟｼｮﾝ ⑩	Aコースｵﾌﾟｼｮﾝ ⑱		Bコース	Bｺｰｽｵﾌﾟｼｮﾝ ⑧	Bｺｰｽｵﾌﾟｼｮﾝ ⑨	Bｺｰｽｵﾌﾟｼｮﾝ ⑰	共通オプション ⑪	共通オプション ⑫	共通オプション ⑬	共通オプション ⑭	共通オプション ⑮	共通オプション ⑯
						9時	9時30分	10時	10時30分	11時		基本健診A	眼底（B込）	乳がん A限定 40～48歳	乳がん A限定 50～74歳	基本健診B	胃がんB 30歳以上	大腸がん（A込）	乳がん	糖尿病	肝臓がん	消化器系	ピロリ菌	肺がん	前立腺がん（男性）
税込み単価												5,392	1,100	1,574	1,013	9,350	6,600	1,056	4,400	770	1,980	2,420	1,650	2,970	2,310
労働　太郎	ロウドウ　タロウ	昭和・平成 50 年 4月 6日	男・女	9	3	○					123	○								○					○
		昭和・平成 年 月 日	男・女																						
		昭和・平成 年 月 日	男・女																						
		昭和・平成 年 月 日	男・女																						
		昭和・平成 年 月 日	男・女																						

※用紙が不足する場合は、コピーしてお使い下さい。

【個人情報のお取り扱いについて】
ご記入いただいた個人情報は健康診断のみに使用します。健康診断のための情報提供は検査機関である公益財団法人福島県労働保健センターのみに 提供します。◇上記の事項について同意されましたら下記署名欄に代表者または担当者の方の記名をお願い致します。

上記事項に同意し、生活習慣病健診に申込みます。　令和　年　月　日　記名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お申し込み先　FAX：554-5188
公益財団法人　福島県労働保健センター行き
担当者　渉外課　髙橋
E-mail：anan-takahashi@flhc.or.jp