

申込書が不足の場合はこの用紙をコピーしてください。

事業指導課 宛 (FAX. 921-1105)

別紙 (あり・なし)

# 健康診断申込書

平成30年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

◆ AまたはBの対象事業所区分をどちらかチェックして下さい。

A. 会員事業所

B. 生命共済制度または特定退職金共済制度に加入している会員事業所

希望  
コースに  
○印↓

追加検査希望  
に○印↓ 希望日がある場合は  
第2希望まで記載↓

コース	姓 (カナ)	名 (カナ)	姓 (漢字)	名 (漢字)	性別	生 年 月 日	追加検査希望	①	②
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/

◆料金を計算して下さい。

料金	一般コース @	円 ×	名 =	円
	シニアコース @	円 ×	名 =	円



指定日以外で受診される場合は、料金が異なりますので、ご注意ください。

指定日以外の受診料金は、一般コース ¥11,556(税込) シニアコース ¥33,393(税込)となります。

※本申込書にご記入いただいた内容は、健康診断の為に使用させていただきます。その他の目的で使用することは一切ございません。