

事業所名	電話番号
所在地	担当者名

生活習慣病健診申込書(※協会けんぽ対象の方も記入し、下記に○印をお願いします。)

	フリガナ 氏名	生年月日	性別	やちよ 共済 加入	①八千代 商工会議 所生活習 慣病健診	②協会け んぽ生活 習慣病 健診	③特定健 診&追加 バック 健診	希望受診 日時間 (記号)	オプションを希望の方は記号の欄に○印を											
									A	B	C	D	E	F	G	H	I			
1	フリガナ	昭・平 年 月 日	男・女																	
2	フリガナ	昭・平 年 月 日	男・女																	
3	フリガナ	昭・平 年 月 日	男・女																	
4	フリガナ	昭・平 年 月 日	男・女																	
5	フリガナ	昭・平 年 月 日	男・女																	
6	フリガナ	昭・平 年 月 日	男・女																	
記入例	フリガナ ショウコウ ハナコ 商工 花子	昭・平 30年 8月13日	男・女	○	○			イ			○		○							

※商工 花子(ショウコウ ハナコ) 昭和30年8月13日 女性 やちよ共済加入 希望日時 6月15日 8時30分 生活習慣病 オプション希望

★この申込書は5月31日(水)までにFAXまたはご郵送ください。協会けんぽに送付した「生活習慣病予防健診申込書」がある方はご一緒をお願いします。★会場混雑を避ける為、検査日時の変更をお願いする場合があります。★申込書記入欄が不足する場合はコピーするか適宜別の用紙にてお申込みください。