

2019年度 健康診断助成申込書 (太枠の中をご記入ください)

事業所名			担当者名		
所在地	〒		TEL	()	-
			FAX	()	-
受診機関名	(番号)	(名称)	申込人数	名	※受付No. ※事業所No.

*オプションは複数選択可。(それぞれに助成されます)

NO.	フリガナ 健康申込者名	性別	生年月日	受診 タイプ (A~C)	オプション健診 希望するコースに○				※共済加入状況 ※助成金額
					① マンモ	② 超音波	③ 子宮	④ 前立腺	
1		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
2		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
3		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
4		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
5		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
6		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
7		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
8		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
9		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
10		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
11		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
12		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
13		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
14		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円
15		男・女	S・H 年 月 日						加入・未加入 円

- ◎ 申込受付後、各健診機関へ直接日程調整のご連絡をお願いいたします。
- ◎ 申込後、キャンセルや受診者の変更等がありました場合は、ご連絡をお願いします。
- ◎ Cタイプで「胃の健診無し」の場合は、Aタイプの助成金となります。
- ◎ 本申込書にご記入いただいた情報は、受診申し込み手続き以外一切利用いたしません。

事業所合計	円
-------	---