

令和4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					
TEL	()	—	担当者	申込人数	名
FAX	()	—			

受診機関名	(番号)	(名称)	※受付No.	※事業所No.
-------	------	------	--------	---------

*受診機関番号は表面を参照してください

*オプションは複数選択可。(それぞれ助成されます)

NO.	受診者氏名	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○				※は会議所記入欄です ※共済加入 ※助成金額
					① 乳マンモ	② 乳エコー	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タイプと同じ助成額となります。
- ◎ 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。
- ◎ 共済加入は、申込時点での加入状況を確認しております。申込後に加入された場合(未受診)は会議所までお申し出ください。

事業所助成額合計	円
----------	---