

令和4年度 集団健康診断申込書

事業所名			さわやか共済 加入・非加入・保険説明を聞きたい
担当者名			
住所	〒 -	TEL	() -
		FAX	() -
		E-mail	@

【 協会けんぽ加入事業所は併せてご記入・押印ください 】
40 歳以上 75 歳未満の協会けんぽ加入者の健診結果データは 事業所名：
高齢者の医療の確保に関する法律第 27 条に基づき、
協会けんぽ福井支部に提供されることに同意します。 代表者名： (印)

(該当項目に○を付けてください)

	ふりがな	性別	生年月日	受診希望日	希望 オプション	院内受診希望日	
	受診者名					第一	第二
1		男 女	S・H 年 月 日	11/2 JA 福井県福井基幹支店 11/10 パリオ・ 11/11 会議所 11/14 自治会館 ・ 11/29 ベル	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 5 ・ 6 ・ 7 バリウム	／	／
2		男 女	S・H 年 月 日	11/2 JA 福井県福井基幹支店 11/10 パリオ・ 11/11 会議所 11/14 自治会館 ・ 11/29 ベル	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 5 ・ 6 ・ 7 バリウム	／	／
3		男 女	S・H 年 月 日	11/2 JA 福井県福井基幹支店 11/10 パリオ・ 11/11 会議所 11/14 自治会館 ・ 11/29 ベル	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 5 ・ 6 ・ 7 バリウム	／	／
4		男 女	S・H 年 月 日	11/2 JA 福井県福井基幹支店 11/10 パリオ・ 11/11 会議所 11/14 自治会館 ・ 11/29 ベル	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 5 ・ 6 ・ 7 バリウム	／	／
5		男 女	S・H 年 月 日	11/2 JA 福井県福井基幹支店 11/10 パリオ・ 11/11 会議所 11/14 自治会館 ・ 11/29 ベル	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 5 ・ 6 ・ 7 バリウム	／	／
6		男 女	S・H 年 月 日	11/2 JA 福井県福井基幹支店 11/10 パリオ・ 11/11 会議所 11/14 自治会館 ・ 11/29 ベル	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 5 ・ 6 ・ 7 バリウム	／	／

オプション	1. 子宮ガン検診 2. 乳ガン検診 3. 大腸がん検診 4. B型C型肝炎ウイルス検査 5. PSA検査 6. インフルエンザ予防接種 7. ABC検診
-------	--

* ご記入頂いた内容は、福井商工会議所と各健診機関及び協会けんぽ福井支部の連絡・情報提供のために利用させていただきます。

会議所記入欄	会議所コード：	共済加入状況： 加入 ・ 非加入 (共済コード：)
--------	---------	-------------------------------