

令和4年度会員健康診断申込書

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

希望健診機関	<p>※いずれかに○をしてください</p> <p>労働衛生センター ・ 予防医学協会 ・ JA 福井県厚生連</p> <p>※後日、医療機関よりご連絡の上、日程を調整させていただきます。</p>
--------	---

【 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
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。

事業所名: _____

代表者名: _____ (印)

	ふりがな 受診者名	性別	生年月日	受診希望日		(該当項目に○を付けて下さい)	
				第一	第二	希望コース	希望オプション
1		男 女	S・H 年 月 日	/	/	基本 ・ 協会けんぽ 人間ドック(半日)・人間ドック(一日)	1・2・3・4 5・6・7 胃カメラ ・ バリウム
2		男 女	S・H 年 月 日	/	/	基本 ・ 協会けんぽ 人間ドック(半日)・人間ドック(一日)	1・2・3・4 5・6・7 胃カメラ ・ バリウム
3		男 女	S・H 年 月 日	/	/	基本 ・ 協会けんぽ 人間ドック(半日)・人間ドック(一日)	1・2・3・4 5・6・7 胃カメラ ・ バリウム
4		男 女	S・H 年 月 日	/	/	基本 ・ 協会けんぽ 人間ドック(半日)・人間ドック(一日)	1・2・3・4 5・6・7 胃カメラ ・ バリウム
5		男 女	S・H 年 月 日	/	/	基本 ・ 協会けんぽ 人間ドック(半日)・人間ドック(一日)	1・2・3・4 5・6・7 胃カメラ ・ バリウム
6		男 女	S・H 年 月 日	/	/	基本 ・ 協会けんぽ 人間ドック(半日)・人間ドック(一日)	1・2・3・4 5・6・7 胃カメラ ・ バリウム

オプション	① 子宮ガン検査 ② 乳ガン検査 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:)
--------	---------	-------------------------------



事業所名			担当者名	
住所	〒 -			
TEL	() -	FAX	() -	

健康保険被保険者証例

※被扶養者の方は協会けんぽで受診できません。



※健康保険証を参照しご記入ください。

① 保険者番号
② 被保険者記号
③ 事業所名称 (上記と異なる場合のみご記入下さい)

No.	フリガナ 氏名	生年月日	性別	協会けんぽ	備考
				④ 被保険者番号	
1		S 年 月 日 H	男・女		
2		S 年 月 日 H	男・女		
3		S 年 月 日 H	男・女		
4		S 年 月 日 H	男・女		
5		S 年 月 日 H	男・女		
6		S 年 月 日 H	男・女		

・受診者が6名を超える場合はコピーしてご使用ください

ご記入いただいた情報は、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。あらかじめご了承下さい。