

FAX 084-922-0100 福山商工会議所 会員課行
2019年度 生活習慣病予防健診申込書 (A)

※太枠線内をご記入ください。

事業所名		健診料 (合計)	受付No
住所			
電話番号			
担当者名			

(該当項目に○印を付けてください。)

No	お名前	性別	生年月日	健診項目				福の山共済	健診料 (小計)	希望日時	備考
1	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳	加入			
		女	年 月 日	7,200	5,000	1,500	3,780	未加入			
				子宮	前立腺	肝炎	眼底				
				3,780	1,900	2,500	900				
2	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳	加入			
		女	年 月 日	7,200	5,000	1,500	3,780	未加入			
				子宮	前立腺	肝炎	眼底				
				3,780	1,900	2,500	900				
3	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳	加入			
		女	年 月 日	7,200	5,000	1,500	3,780	未加入			
				子宮	前立腺	肝炎	眼底				
				3,780	1,900	2,500	900				
4	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳	加入			
		女	年 月 日	7,200	5,000	1,500	3,780	未加入			
				子宮	前立腺	肝炎	眼底				
				3,780	1,900	2,500	900				
5	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳	加入			
		女	年 月 日	7,200	5,000	1,500	3,780	未加入			
				子宮	前立腺	肝炎	眼底				
				3,780	1,900	2,500	900				
6	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳	加入			
		女	年 月 日	7,200	5,000	1,500	3,780	未加入			
				子宮	前立腺	肝炎	眼底				
				3,780	1,900	2,500	900				
7	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳	加入			
		女	年 月 日	7,200	5,000	1,500	3,780	未加入			
				子宮	前立腺	肝炎	眼底				
				3,780	1,900	2,500	900				
8	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳	加入			
		女	年 月 日	7,200	5,000	1,500	3,780	未加入			
				子宮	前立腺	肝炎	眼底				
				3,780	1,900	2,500	900				
9	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳	加入			
		女	年 月 日	7,200	5,000	1,500	3,780	未加入			
				子宮	前立腺	肝炎	眼底				
				3,780	1,900	2,500	900				
10	フリガナ	男	昭和・平成	基本	胃	大腸	乳	加入			
		女	年 月 日	7,200	5,000	1,500	3,780	未加入			
				子宮	前立腺	肝炎	眼底				
				3,780	1,900	2,500	900				

※健康診断結果報告書 (事業所) の控えを必要とする。 [する ・ しない]

※ご記入いただいた情報は、商工会議所からの各種連絡、情報提供のために使用することがあります。