

令和3年度 生活習慣病予防健診申込書

※太枠線内をご記入ください。

| | | | | | | |
|---------|--------------|------|--|--|--------------|------|
| 事業所名 | | | | | 申込日:令和3年 月 日 | |
| 住所 | | | | | 健診料 (合計) | 受付No |
| TEL・FAX | TEL: | FAX: | | | | |
| 担当者名 | 日中連絡の取れるTEL: | | | | | |

(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 年 月 日 | 基本 胃 大腸 乳 7,350 5,400 1,600 3,850 子宮 前立腺 肝炎 眼底 3,850 1,980 2,500 920 | 加入 | | | |
| 2 | フリガナ | 男 | 昭和・平成 年 月 日 | 基本 胃 大腸 乳 7,350 5,400 1,600 3,850 子宮 前立腺 肝炎 眼底 3,850 1,980 2,500 920 | 加入 | | | |
| 3 | フリガナ | 男 | 昭和・平成 年 月 日 | 基本 胃 大腸 乳 7,350 5,400 1,600 3,850 子宮 前立腺 肝炎 眼底 3,850 1,980 2,500 920 | 加入 | | | |
| 4 | フリガナ | 男 | 昭和・平成 年 月 日 | 基本 胃 大腸 乳 7,350 5,400 1,600 3,850 子宮 前立腺 肝炎 眼底 3,850 1,980 2,500 920 | 加入 | | | |
| 5 | フリガナ | 男 | 昭和・平成 年 月 日 | 基本 胃 大腸 乳 7,350 5,400 1,600 3,850 子宮 前立腺 肝炎 眼底 3,850 1,980 2,500 920 | 加入 | | | |
| 6 | フリガナ | 男 | 昭和・平成 年 月 日 | 基本 胃 大腸 乳 7,350 5,400 1,600 3,850 子宮 前立腺 肝炎 眼底 3,850 1,980 2,500 920 | 加入 | | | |
| 7 | フリガナ | 男 | 昭和・平成 年 月 日 | 基本 胃 大腸 乳 7,350 5,400 1,600 3,850 子宮 前立腺 肝炎 眼底 3,850 1,980 2,500 920 | 加入 | | | |
| 8 | フリガナ | 男 | 昭和・平成 年 月 日 | 基本 胃 大腸 乳 7,350 5,400 1,600 3,850 子宮 前立腺 肝炎 眼底 3,850 1,980 2,500 920 | 加入 | | | |

【申込時・受診時の注意事項】

※本健診受診者に新型コロナウイルス感染症患者が発生した場合、保健所の積極的疫学調査へ協力することに同意される方のみお申し込みください。

濃厚接触者とみなされた場合のみ、保健所へ申込書に記入された個人情報（氏名・連絡先）を提供します。

※受診当日は、来所前に自宅または職場で検温してください。

マスク着用の徹底をお願いいたします。

密を厳禁とするため、時間内の受診者数を制限させていただきます。

ご希望の日時に添えない場合や、申し込み多数の場合は、お断りさせていただくことがあります。

※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]