

会場別（○季）簡易生活習慣病健診申込書

健 保 コ ー ド	健 保 名 称
1 3 - 4 5 2	倉 庫 業 健 康 保 険 組 合

事業所記号○○○

事業所名称 ○○○株式会社

所在地 〒○○○-○○○
東京都江東区富岡○○-○○-○○

電 話 ○○ (○○○○) ○○○○

健保委員氏名 ○○ ○○

被 保 険 者 番 号	フ リ ガ ナ 氏 名	健 診 区 分	性 別	生 年 月 日	続 柄	会 場 コード	会 場 名	希 望 日	一 部 負 担 金	
○○○	ケンポ 健保 太郎	A 2	1 男	昭和5	平成7	1 本人	205	JA 共済埼玉ビルディング	12月2日	3,000円
			2 女	○○・○○・○○	2 家族					
		A 2	1 男	昭和5	平成7	1 本人				3,000円
			2 女	・	・	2 家族				
		A 2	1 男	昭和5	平成7	1 本人				3,000円
			2 女	・	・	2 家族				
		A 2	1 男	昭和5	平成7	1 本人				3,000円
			2 女	・	・	2 家族				
		A 2	1 男	昭和5	平成7	1 本人				3,000円
			2 女	・	・	2 家族				

- 注意
- 希望日については、実施日が2日以上ある場合のみご記入ください。
 - 用紙が不足の場合は適宜コピーしてお使いください。
 - 同申込書記載内容（個人情報）については、会場別簡易生活習慣病健診を円滑に実施するうえでのみ利用することとし、利用目的を遂行するために業務を委託する場合を除き、第三者に提供はいたしません。

(受付印)