

会場別婦人生活習慣病健診(C1)申込書(連名式)

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--------------------------------------|
| 事業所記号 | 事業所名 | 事業場所在地 | 事業所連絡先 |
| 〇〇〇 | 株式会社 〇〇倉庫 | 〒 000-0000 東京都江東区富岡0-00-00 | TEL 03-1234-5678 FAX 03-8765-4321 |
| 健診利用目的 | 一部負担金合計額 | | 健康保険委員 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 法定健診 <input type="checkbox"/> 一般健診 | 10,400円 円 (10,400円 × 1名 = 10,400円 7,500円 × 名 = 円 5,400円 × 名 = 円) | | 健保 太郎 ㊞ |

| 番号 | 受診者氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 | 一部負担額 | 会場コード | 組合記入欄 |
|--------|-------|-----|-------------|---|---|-------|-------|
| 000 | 健保 花子 | 女 | 昭和37年10月 1日 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input checked="" type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円 | 101 | |
| | | 女 | 昭和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円 | | |
| | | 女 | 昭和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円 | | |
| | | 女 | 昭和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円 | | |
| | | 女 | 昭和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円 | | |
| | | 女 | 昭和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円 | | |
| | | 女 | 昭和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円 | | |
| | | 女 | 昭和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円 | | |
| | | 女 | 昭和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円 | | |
| 申込者数合計 | | 1 人 | | 本人 1 人 家族 人 | 【個人情報の取り扱いについて】 申込書の記載事項については、以後の健診を円滑に実施するためのみ、組合及び健診機関において使用することとします。 | | |

【申込書記載における注意事項】

- 申し込みの際は、本紙と併せて健診申込書様式⑦-2「個人別会場別婦人生活習慣病健診申込書」作成し、組合にご提出ください。
- 上記の必要項目すべてご記入いただき、健診利用目的欄・続柄欄及び、一部負担額欄については該当項目にはチェックをしてください。
- その他ご不明な点がありましたら組合までご連絡ください。
倉庫業健康保険組合 保健事業部 ☎03(3642)8436

| |
|-------|
| 受診者負担 |
| |

| |
|----|
| 受付 |
| |