

会場別（秋季）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 ○○倉庫株式会社

〒 ○○○ - ○○○○

所在地 東京都江東区富岡○-○○-○

電 話 ○○-○○○○-○○○○

健保委員氏名 ○○ ○○



被保険者番	フリガナ		健診区分	性別	生年月日		続柄	会場コード	会場名	希望日	負担金
	氏	名			昭和	平成					
○○○	ケンポ	タロウ	A2	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	<input type="checkbox"/> 6,780円 <input checked="" type="checkbox"/> 4,000円 <input type="checkbox"/> 2,400円
	健保	太郎		2女	00	00	00				
○○○	ケンポ	ハナコ	A2	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	<input type="checkbox"/> 6,780円 <input type="checkbox"/> 4,000円 <input checked="" type="checkbox"/> 2,400円
	健保	花子		2女	00	00	00				
			A2	1男	昭和5	平成7	1本人				<input type="checkbox"/> 6,780円 <input type="checkbox"/> 4,000円 <input type="checkbox"/> 2,400円
				2女	.	.	2家族				
			A2	1男	昭和5	平成7	1本人				<input type="checkbox"/> 6,780円 <input type="checkbox"/> 4,000円 <input type="checkbox"/> 2,400円
				2女	.	.	2家族				
			A2	1男	昭和5	平成7	1本人				<input type="checkbox"/> 6,780円 <input type="checkbox"/> 4,000円 <input type="checkbox"/> 2,400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等を除き、第三者に提供はいたしません。

(受付印)