

令和6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。

申込日:令和6年 月 日	
事業所名	健診料 (合計)
住所	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 【15分間隔】	備考
例	フリガナ ケンシン タロウ 健診 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・平成	基本 胃 大腸 乳 子宮 前立腺 肝炎 眼底	加入	9,350	7/1(月) 9:45	
		女	55年 5月5日	9,350 9,900 1,650 4,400 5,500 1,980 2,530 1,430	未加入			
1	フリガナ	男	昭和・平成	基本 胃 大腸 乳 子宮 前立腺 肝炎 眼底	加入			
		女	年 月 日	9,350 9,900 1,650 4,400 5,500 1,980 2,530 1,430	未加入			
2	フリガナ	男	昭和・平成	基本 胃 大腸 乳 子宮 前立腺 肝炎 眼底	加入			
		女	年 月 日	9,350 9,900 1,650 4,400 5,500 1,980 2,530 1,430	未加入			
3	フリガナ	男	昭和・平成	基本 胃 大腸 乳 子宮 前立腺 肝炎 眼底	加入			
		女	年 月 日	9,350 9,900 1,650 4,400 5,500 1,980 2,530 1,430	未加入			
4	フリガナ	男	昭和・平成	基本 胃 大腸 乳 子宮 前立腺 肝炎 眼底	加入			
		女	年 月 日	9,350 9,900 1,650 4,400 5,500 1,980 2,530 1,430	未加入			
5	フリガナ	男	昭和・平成	基本 胃 大腸 乳 子宮 前立腺 肝炎 眼底	加入			
		女	年 月 日	9,350 9,900 1,650 4,400 5,500 1,980 2,530 1,430	未加入			
6	フリガナ	男	昭和・平成	基本 胃 大腸 乳 子宮 前立腺 肝炎 眼底	加入			
		女	年 月 日	9,350 9,900 1,650 4,400 5,500 1,980 2,530 1,430	未加入			
7	フリガナ	男	昭和・平成	基本 胃 大腸 乳 子宮 前立腺 肝炎 眼底	加入			
		女	年 月 日	9,350 9,900 1,650 4,400 5,500 1,980 2,530 1,430	未加入			

【申込時・受診時の注意事項】

- ※受診当日、37.5度以上の発熱がある方は受診をご遠慮ください。
- ※マスク着用のご協力をお願いいたします。
- ご理解とご協力いただきますようお願い申し上げます。

※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]