

健康診断申込書

あま市商工会 行

[FAX:052-443-1515]

事業所名 _____
 住 所 (〒 _____) _____
 TEL (_____) _____ - _____
 FAX (_____) _____ - _____
 担当者名 _____

【必須】

健診料・受診料は後日振込になります ※振込手数料は各自ご負担願います	
フリガナ	
振込者名 (口座名義)	

※記入漏れのないようお願いします。

No	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	コース	受診希望日		希望開始時間		愛知県 中小企業共済	特定健診 受診券 (注1)	健康保険	備考
					第1希望	第2希望	第1希望	第2希望				
1	フリガナ	S・H 年 月 日	男 女	A	8/24 9/7	8/24 9/7	9:00 9:30	9:00 9:30	加 入 未加入	あり なし	協会けんぽ (旧社会保険) 国保(あま市)	
	B			8/25 9/8	8/25 9/8	10:00 10:30	10:00 10:30					
	C			8/26 9/9	8/26 9/9	11:00 11:30 いつでも可	11:00 11:30 いつでも可					
2	フリガナ	S・H 年 月 日	男 女	A	8/24 9/7	8/24 9/7	9:00 9:30	9:00 9:30	加 入 未加入	あり なし	協会けんぽ (旧社会保険) 国保(あま市)	
	B			8/25 9/8	8/25 9/8	10:00 10:30	10:00 10:30					
	C			8/26 9/9	8/26 9/9	11:00 11:30 いつでも可	11:00 11:30 いつでも可					
3	フリガナ	S・H 年 月 日	男 女	A	8/24 9/7	8/24 9/7	9:00 9:30	9:00 9:30	加 入 未加入	あり なし	協会けんぽ (旧社会保険) 国保(あま市)	
	B			8/25 9/8	8/25 9/8	10:00 10:30	10:00 10:30					
	C			8/26 9/9	8/26 9/9	11:00 11:30 いつでも可	11:00 11:30 いつでも可					
4	フリガナ	S・H 年 月 日	男 女	A	8/24 9/7	8/24 9/7	9:00 9:30	9:00 9:30	加 入 未加入	あり なし	協会けんぽ (旧社会保険) 国保(あま市)	
	B			8/25 9/8	8/25 9/8	10:00 10:30	10:00 10:30					
	C			8/26 9/9	8/26 9/9	11:00 11:30 いつでも可	11:00 11:30 いつでも可					
5	フリガナ	S・H 年 月 日	男 女	A	8/24 9/7	8/24 9/7	9:00 9:30	9:00 9:30	加 入 未加入	あり なし	協会けんぽ (旧社会保険) 国保(あま市)	
	B			8/25 9/8	8/25 9/8	10:00 10:30	10:00 10:30					
	C			8/26 9/9	8/26 9/9	11:00 11:30 いつでも可	11:00 11:30 いつでも可					

注1) 特定健診受診券は受診日当日までに受診券、保険証のコピーの提出が必要となります。(左記書類がない場合、補助を受けることが出来ません)

- 今年度は、全日『あま市甚目寺会館』での実施となります。
- 希望日・開始時間は、ご希望に添えない場合がございますので、ご了承ください。
申込締め切り後、クリニックで調整・確定のうえ、受診日の約2週間前に問診票が送付されますので、必ず受診日時をご確認ください。
- 9時から9時30分の枠は大変混雑が予想されるため、お時間に余裕のある方は、他の時間帯の受診をおすすめします。