

【富士見市商工会 健診申込書】 本申込書を下記のいずれかで「青山セントラルクリニック健診部・事務局」宛にお送り下さい。(申込切 9/20)

[メール] kenshin.cl@aoyama-c.org [FAX] 03-3312-8733

[ご郵送] 〒166-0003 東京都杉並区高円寺南 5-21-5-802 号

/ 枚

◎太枠内は協会けんぽの助成制度をご利用の場合のみご記入下さい。※①、※②、※③

【助成制度利用の要件】

◆被保険者の方(本人)で年度末年齢 35 歳以上、
健診当日 74 歳迄とし且つ今年度の助成をまだ
受けてない方

◆肝炎助成利用は生涯 1 回のみ

事業所名	フリガナ	申込日		
		年	月	日
住所	〒			
TEL		FAX		担当者名
※①保険者番号		※② 記号		

◎お申込みは先着順となります。ご希望日時・追加検査に○をご記入下さい。ご希望に添えない場合がございますがご了承下さい。

受診者名	性別	生年月日 年度年齢をご記入下さい。	10/7(月)			10/11(金)			追加検査						協会けんぽ 番号※③ 35-74才		
			生活 習慣	一般健診		生活 習慣	一般健診		一般健診 便潜血	婦人科	喀痰	前立腺	肝炎 (助成利用)	じん肺		有機溶剤 溶剤名記入	
				AM	PM		AM	PM									
カナ	男	S・H (歳) 年 月 日															
	女											(有・無)					
カナ	男	S・H (歳) 年 月 日															
	女											(有・無)					
カナ	男	S・H (歳) 年 月 日															
	女											(有・無)					
カナ	男	S・H (歳) 年 月 日															
	女											(有・無)					
カナ	男	S・H (歳) 年 月 日															
	女											(有・無)					
合 計			名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	助成利用 名

※足りない場合はコピーしてご使用下さい。