

申込書の記入について

****年度 定期健康診断及び生活習慣病予防健診申込書

(公社)京都労働基準協会 ○○支部 Tel****-****

所在地〒	事業所名
TEL	部署
FAX	担当者

◎郵送又はFAXにてお申込下さい。
〒629-2301 与謝郡与謝野町字上山田小字岡ノ下32番地1

TEL・FAX番号、担当者名の記入をお願いいたします。
(一社)京都微生物研究所 北部健康管理センター FAX: 0772-45-1135

健康保険被保険者証の保険者番号		健康保険被保険者証の記号		※このリストは昨年受診された方の一覧です。受診されない方は二重線で削除し、新規の方はご記入ください。 ※甲・乙受診の方は、青色枠内も必ずご記入ください。 ※記入方法は別紙をご参照ください。							
①		②									
健康保険証の番号	フリガナ	性別	生年月日	年齢	下記コースのいずれかに○を付けてください。				ご希望の方は○を付けてください	備考	
	氏名				定健	生活習慣病		オプション前立腺がん(1,404円)			
③	ケンボ タロウ 健保 太郎	男	昭和**年**月**日	B	甲	乙	甲実費	乙実費	○	記入不要	A
健康保険被保険者証		本人(被保険者)		00123							
		平成**年**月**日交付		記号11010203		番号 123					
氏名		ケンボ タロウ		健保 太郎		性別		男			
生年月日		昭和**年**月**日									
資格取得年月日		昭和**年**月**日									
事業所名称		○○株式会社									
保険者番号		0112600117									
保険者名称		全国健康保険協会 ○○支部									
保険者所在地		○○市○○区○○町○○									

★前立腺がん検診を希望の方は○を付けてください。

★Aコースの受診条件を満たす方で希望される場合はAと記入してください。

① 受診されるコースに○を付けてください。

② 生活習慣病予防健診を受診の場合

- * 甲・乙コースの健診料金は協会けんぽの補助を利用しての料金になります。
- * 補助金を利用する資格は、協会けんぽの被保険者(加入者本人)で受診年度において35歳以上の方です。
- * 補助金を利用する場合は必ず青枠内①・②・③を記入の上お申し込みください。
- * 補助金は年度内に一回のみの利用となります。

※補助金の利用資格がない方で生活習慣病を受診される場合は、甲実費又は乙実費に○を付けてください。(青枠①・②・③の記入は不要です)

青枠①・②・③の番号が未記入の場合は、協会けんぽへの補助申請ができませんので一旦ご返送させて頂き、記入後再度お申し込みをお願いすることとなりますので、予めご了承ください。

- * 協会けんぽへの補助金申請は、(一社)京都微生物研究所からいたします。
- * 病院等で生活習慣予防健診を受診される方は、補助申請が重複するので申込書に記入しないでください。

③ A・Bコースを受診の場合は、青枠①②③は記入は必要ありません。