

★2019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 舞鶴支部 TEL0773-75-4731

所在地	〒	事業所名	96930-
TEL		部署	
FAX		担当者	

◎郵送又はFAXにてお申込下さい。

TEL・FAX番号、担当者名の記入をお願いいたします。

〒629-2301 与謝郡与謝野町字上山田小字岡ノ下32番地1 (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			氏名・フリガナ・性別・生年月日を記入し、 受診されるコースに○をつけてください。 ※甲・乙受診の方は、青色枠内も必ずご記入ください。 ※ご記入方法は別紙をご参照ください。					ご希望の方は○を付けて下さい オプション 前立腺がん (1,404円)		備考
健康 保険証 の番号	フリガナ 氏名		性別	生年月日	年齢	下記コースのいずれかに ○をつけてください						
						定健	生活習慣病			甲 実費	乙 実費	
1			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
2			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
3			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
4			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
5			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
6			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
7			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
8			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
9			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
10			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
11			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
12			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
13			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
14			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		
15			男・女	S・H 年 月 日		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費		

(ご記入頂いた個人情報につきましては、本健診のためにのみ使用いたします。)