

健診申込書

ご希望のコース・オプション検査を
○で囲んで下さい。

一般社団法人 千葉南法人会

フリガナ 事業所名	ご担当者名
〒	電話番号 () -
住所	Fax 番号 () -
※書類送付先が上記以外の場合にご記入ください*	
〒	電話番号 () -
住所	Fax 番号 () -
フリガナ 宛名	

人数	受診者氏名・フリガナ	性別	生年月日(和暦)	希望コース名				受診希望日		
				生活習慣病健診	オプション検査		けんぽ	新型コロナ	第1	第2
1	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミノテックス	MAST48	腸内 フローラ	新 型 コ ロ ナ	/	/
				総合	Lox-index	ABC検診				
				A	頸動脈	CYFRA				
				S	女性健診	前立腺				
2	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミノテックス	MAST48	腸内 フローラ	新 型 コ ロ ナ	/	/
				総合	Lox-index	ABC検診				
				A	頸動脈	CYFRA				
				S	女性健診	前立腺				
3	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミノテックス	MAST48	腸内 フローラ	新 型 コ ロ ナ	/	/
				総合	Lox-index	ABC検診				
				A	頸動脈	CYFRA				
				S	女性健診	前立腺				
4	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミノテックス	MAST48	腸内 フローラ	新 型 コ ロ ナ	/	/
				総合	Lox-index	ABC検診				
				A	頸動脈	CYFRA				
				S	女性健診	前立腺				
5	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミノテックス	MAST48	腸内 フローラ	新 型 コ ロ ナ	/	/
				総合	Lox-index	ABC検診				
				A	頸動脈	CYFRA				
				S	女性健診	前立腺				

ご記入いただきました個人情報は、健康診断に関わる利用目的以外には使用いたしません。

◎6名様以上の場合、お手数ですがコピーして頂きお申し込み下さい。

FAX またはEメールでお申し込み下さい

FAX 03-5767-1710 Eメール kenshin@zrf.or.jp

※メールでお申し込みの際は上記「健診申込書」と同じ
必要事項を記載し送信して下さい。

(添付ファイルにて送信して頂いても大丈夫です)

また、件名に【千葉南法人会】と記載ください。

協会けんぽ(全国健康保険協会)費用補助を利用する
方はけんぽ欄に○をして頂き、下記①または②を同送
下さい。

- ① “健診対象者一覧”(毎年3月に協会けんぽから
事業主様へ送付されております。)
- ② “健康保険証コピー”

※国民健康保険やその他の健康保険とは違います。

※被保険者の方が対象です。被扶養者の方は対象外とな
ります。

※受診前に手続きが済んでいないと補助が受けられませ
んのでご注意下さい。

(一財) 全日本労働福祉協会 渉外部

〒 143-0016

住所 東京都大田区大森北1-18-18 3F

電話 03-5767-1714 (月~金 9:00~12:00
13:00~17:00)