

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	第1	第2
1	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミノデックス	MAST48	女性健診		/	/
				総合	Lox-index	ABC検診	NT-proBNP			
				A	頸動脈	CYFRA	女性用腫瘍マーカー			
				S	甲状腺	前立腺	腸内フローラ			
2	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミノデックス	MAST48	女性健診		/	/
				総合	Lox-index	ABC検診	NT-proBNP			
				A	頸動脈	CYFRA	女性用腫瘍マーカー			
				S	甲状腺	前立腺	腸内フローラ			
3	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミノデックス	MAST48	女性健診		/	/
				総合	Lox-index	ABC検診	NT-proBNP			
				A	頸動脈	CYFRA	女性用腫瘍マーカー			
				S	甲状腺	前立腺	腸内フローラ			
4	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミノデックス	MAST48	女性健診		/	/
				総合	Lox-index	ABC検診	NT-proBNP			
				A	頸動脈	CYFRA	女性用腫瘍マーカー			
				S	甲状腺	前立腺	腸内フローラ			
5	フリガナ	男	昭和 平成 年 月 日	総合+喀痰	アミノデックス	MAST48	女性健診		/	/
				総合	Lox-index	ABC検診	NT-proBNP			
				A	頸動脈	CYFRA	女性用腫瘍マーカー			
				S	甲状腺	前立腺	腸内フローラ			

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 またはメールでお申し込み下さい

FAX 03-5767-1710 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①~③のいずれかを同送下さい。

- ① “健診対象者一覧”の写し(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”の写し
- ③ “資格情報のお知らせ”の写し

※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

住所 〒143-0016 東京都大田区大森北1-18-18 3F

■お申込・健診料金等について

TEL: 03-5767-1714

■検査内容・健診結果・事後フォロー・健診相談について

TEL: 03-5767-6162