

会津喜多方商工会議所 生活習慣病予防健診申込書

事業所名			
所在地	〒		
担当者名		TEL	FAX
希望時間	※ご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。男性・女性で時間帯を分けさせていただきます。 8:30～9:30 ・ 9:30～10:30 ・ 10:30～11:30 ・ 特に希望なし		事務局記入欄

受診者名	性別	生年月日	共済制度 ○で囲んでください	協会けんぽ ○で囲んで必要事項を ご記入ください	コース	① 生活習慣 病健診	② 大腸がん 検査	③ 前立腺 がん検査	④ 腫瘍 マーカー	検診料金 ①+②+③+④
ふりがな	男 女	S・H 年 月 日	加 入 未加入	加 入（記号 番号） 未加入（国保 ・ 他）	A ・ B					円
ふりがな	男 女	S・H 年 月 日	加 入 未加入	加 入（記号 番号） 未加入（国保 ・ 他）	A ・ B					円
ふりがな	男 女	S・H 年 月 日	加 入 未加入	加 入（記号 番号） 未加入（国保 ・ 他）	A ・ B					円
ふりがな	男 女	S・H 年 月 日	加 入 未加入	加 入（記号 番号） 未加入（国保 ・ 他）	A ・ B					円
ふりがな	男 女	S・H 年 月 日	加 入 未加入	加 入（記号 番号） 未加入（国保 ・ 他）	A ・ B					円

【健診料金】 *料金は、消費税法上、当所では特定収入として経理処理し不課税取引となりますので、貴事業所におかれましては課税仕入れに該当いたしません。

生活 習慣病 健診	A	共済加入者：@ 5,000円 × 人 = 円	大腸がん 検査	共済加入者：@ 1,500円 × 人 = 円
		共済未加入者：@ 8,000円 × 人 = 円		共済未加入者：@ 1,650円 × 人 = 円
	B	共済加入者：@10,000円 × 人 = 円	前立腺 がん検査	共済加入者：@ 2,000円 × 人 = 円
		共済未加入者：@13,000円 × 人 = 円		共済未加入者：@ 2,200円 × 人 = 円
		共済加入者：@14,000円 × 人 = 円	腫瘍 マーカー	一律：@ 6,000円 × 人 = 円
		共済未加入者：@17,000円 × 人 = 円		
◆申込書は記入漏れがないよう今一度ご確認ください。(特に協会けんぽの加入の有無と記号・番号) ◆申込希望者は 7 月 26 日(金)までに商工会議所窓口へ健診料金を添えてお申し込みください。 ただし定員になり次第×切とさせていただきます。 ◆記載した個人情報につきましては、本健康診断以外の目的で使用いたしません。			合 計	円