

(2) 協会けんぽコースの方

		申込日	令和	年	月	日
		担当者				
事業所名		電話番号 FAX	TEL FAX	- -	- -	- -
事業所所在地	〒	さわやか共済加入	加入している ・ 加入していない			

	健康保険被保険者証			フリガナ	性別	生年月日	胃部X線を 希望する・しない	備考
	健診受診日	保険者番号	記号	番号				
1	6月3日・10日				男・女	S・H 年 月 日	希望する ・ しない	
2	6月3日・10日				男・女	S・H 年 月 日	希望する ・ しない	
3	6月3日・10日				男・女	S・H 年 月 日	希望する ・ しない	
4	6月3日・10日				男・女	S・H 年 月 日	希望する ・ しない	
5	6月3日・10日				男・女	S・H 年 月 日	希望する ・ しない	
6	6月3日・10日				男・女	S・H 年 月 日	希望する ・ しない	
7	6月3日・10日				男・女	S・H 年 月 日	希望する ・ しない	
8	6月3日・10日				男・女	S・H 年 月 日	希望する ・ しない	

※3日または10日のどちらで受診されるかに○印を付けて下さい。

※健康保険証の保険者番号及び記号は同じ会社にお勤めの場合は全員同じ番号です。

※オプションをご希望の方は上記申し込み書の備考欄に希望番号をご記入ください。

※胃部X線検査を希望されるかどうかいずれかのコースに○印を付けて下さい。