

# 健康診断 受診申込書

檀原商工会議所 行 (FAX 0744-28-4430)

新規申込用

事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

TEL (連絡先) \_\_\_\_\_

ご担当者様 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

- ※ 健診希望日・オプション検査を受診される場合は希望する欄に○をつけて下さい。(健診項目内容は表面をご確認ください)
- ※ まほろば共済(生命共済)加入状況欄に○をつけて下さい。(まほろば共済加入者の特典については表面をご覧ください)
- ※ 檀原市国民健康保険加入者(40歳以上の方)で檀原市の助成を希望される場合は別紙「檀原市保険医療課からのご案内」の裏面も記入の上併せてお申し込みください。
- ※ 書ききれない場合はコピーをしてご記入ください。

**★この申込書は、新規申込用です  
昨年受診した企業様は、別途用紙をお送りします。別紙にて  
ご提出くださいますようお願いいたします。**

支払方法      当日払い ・ 後日払い

まほろば共済 未加入の事業所様    いずれかに○をつけて下さい  
共済の説明を聞きたい ・ 加入希望 ・ 加入しない

氏名 (上段:カナ) (下段:漢字)	生年月日	年齢	性別	希望日	オプション検査																まほろば共済 (生命共済) 加入状況	備考
					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯		
フリガナ ..... 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		男 . 女	10/28 . 10/29																加入済 . 未加入		
フリガナ ..... 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		男 . 女	10/28 . 10/29																加入済 . 未加入		
フリガナ ..... 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		男 . 女	10/28 . 10/29																加入済 . 未加入		
フリガナ ..... 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		男 . 女	10/28 . 10/29																加入済 . 未加入		
フリガナ ..... 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		男 . 女	10/28 . 10/29																加入済 . 未加入		