

健康診断 受診申込書

榑原商工会議所 行
 FAX 0744-28-4430 E-Mail : uketsuke@kashihara - cci.or.jp

★この申込書は、新規申込用です
 昨年受診した事業所様は、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。

事業所名

代表者名

ご担当者様

所在地

TEL (連絡先)

FAX

- ※ 健診希望日に○をつけて下さい。
- ※ オプション検査を受診される場合は希望する項目の番号をご記入下さい。(健診項目内容はチラシをご覧ください)
- ※ 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チラシをご覧ください)
- ※ 榑原商工会議所建設業一人親方労災保険会に加入されている方は○をつけてください。
(建設業一人親方労災保険会に加入されている方の特典はチラシをご覧ください)
- ※ 榑原市国民健康保険加入者(40歳以上75歳未満の方)で榑原市より受診料の助成を希望される場合は別紙「榑原市
保険年金課からのご案内」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してご記入ください。

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 (受診希望の項目の番号をご記入ください)					まほろば共済 (生命共済) 加入状況	建設業 一人親方 労災保険会 加入者は○を記入	備考
フリガナ	昭和・平成 年 月 日		男 ・ 女	10/25 . 10/26						加入済 . 未加入		
フリガナ	昭和・平成 年 月 日		男 ・ 女	10/25 . 10/26						加入済 . 未加入		
フリガナ	昭和・平成 年 月 日		男 ・ 女	10/25 . 10/26						加入済 . 未加入		
フリガナ	昭和・平成 年 月 日		男 ・ 女	10/25 . 10/26						加入済 . 未加入		
フリガナ	昭和・平成 年 月 日		男 ・ 女	10/25 . 10/26						加入済 . 未加入		