

**会津若松商工会議所 生活習慣病予防健診申込書 FAX : 27-1207**

事業所名	( 会 員 ・ 非 会 員 )		
所在地	( 〒      -                      )		
担当者名	TEL	FAX	

希望日 コース	受診者名	性別	生 年 月 日	共済 制度	協会 けんぽ	健康保険証 記号・番号	① 生活習慣病	② 大腸がん	③ 前立腺がん	④ 腫瘍マーカ-	合計 ①+②+③+④
／ ( )コース	ふりがな.....	男	S・H 年 月 日	加 入 未加入	加 入 未加入	記号 番号	円	円	円	円	円
／ ( )コース	ふりがな.....	男	S・H 年 月 日	加 入 未加入	加 入 未加入	記号 番号	円	円	円	円	円
／ ( )コース	ふりがな.....	男	S・H 年 月 日	加 入 未加入	加 入 未加入	記号 番号	円	円	円	円	円
／ ( )コース	ふりがな.....	男	S・H 年 月 日	加 入 未加入	加 入 未加入	記号 番号	円	円	円	円	円
／ ( )コース	ふりがな.....	男	S・H 年 月 日	加 入 未加入	加 入 未加入	記号 番号	円	円	円	円	円
<b>合 計</b>							円	円	円	円	円

※協会けんぽにご加入の35歳以上75歳未満の方は、協会けんぽより送付されている「生活習慣病予防健診対象者一覧(写し)」を添付してください。

<検 診 料 金>

生活 習慣 病 健 診	Aコース	4,000円 × _____人 = _____円
		7,000円 × _____人 = _____円
		10,000円 × _____人 = _____円
	Bコース	11,500円 × _____人 = _____円
		14,500円 × _____人 = _____円
		17,500円 × _____人 = _____円
Cコース	18,000円 × _____人 = _____円	
	21,000円 × _____人 = _____円	
	24,000円 × _____人 = _____円	
オ プ シ ョ ン	大腸がん	1,650円 × _____人 = _____円
	前立腺がん	2,200円 × _____人 = _____円
	腫瘍マーカ-	6,600円 × _____人 = _____円
<b>合 計</b>		_____円

入金 (      /      )