

健康診断申込書

(国保・社保35歳未満)

藤岡町商工会 御中

TEL 62-2006 FAX 62-1089

4月2日現在、35歳以上で社会保険加入の方は「全国健康保険協会」より発行された用紙にて申込みしてください

住 所	藤岡町		
事業所名			
代表者名			
電 話		F A X	

(お名前には必ずフリガナを)

(希望する受診項目に○印を付けてください)

No.	受診者名 フリガナ 生年月日	性 別	一般健診	胃	大腸
1	フリガナ	男・女	7,480	6,600	1,650
	S・H 年 月 日生				
2		男・女	7,480	6,600	1,650
	S・H 年 月 日生				
3		男・女	7,480	6,600	1,650
	S・H 年 月 日生				
4		男・女	7,480	6,600	1,650
	S・H 年 月 日生				
5		男・女	7,480	6,600	1,650
	S・H 年 月 日生				
6		男・女	7,480	6,600	1,650
	S・H 年 月 日生				
7		男・女	7,480	6,600	1,650
	S・H 年 月 日生				
8		男・女	7,480	6,600	1,650
	S・H 年 月 日生				
9		男・女	7,480	6,600	1,650
	S・H 年 月 日生				
10		男・女	7,480	6,600	1,650
	S・H 年 月 日生				

オプション検診申込書

オプション希望者の氏名を記入

血液検査	氏名	氏名
胃検診 4,400円		
男性セット 4,950円		
女性セット 4,950円		

事業所名	
------	--

商工会 FAX 62-1089