

申込書が不足の場合はこの用紙をコピーしてください。

会員サービス課 宛 (FAX. 921-1105)

別紙 (あり・なし)

# 健康診断申込書

令和 年 月 日

事業所名

担当者名

所在地 〒

TEL

FAX

◆ AまたはBの対象事業所区分をどちらかチェックして下さい。

A. 会員事業所

B. 生命共済制度または特定退職金共済制度に加入している会員事業所

希望  
コースに  
○印↓

追加検査希  
望に○印↓

希望日がある場合は  
第2希望まで記載↓

コース	姓(カナ)	名(カナ)	姓(漢字)	名(漢字)	性別	生年月日	追加検査希望	①	②
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/
一般	シニア				男・女	S・H 年 月 日	大腸 胃	/	/

◆料金を計算して下さい。

↓○を付けてください

料金	一般コース @	円 ×	名 =	円
	シニアコース @	円 ×	名 =	円

支払方法	
現金持参	振込



指定日以外で受診される場合は、料金が異なりますので、ご注意ください。

指定日以外の受診料金は、一般コース ¥11,770(税込) シニアコース ¥34,012(税込)となります。

※本申込書にご記入いただいた内容は、健康診断の為に使用させていただきます。その他の目的で使用するは一切ございません。