

令和 年 月 日

商 工 会 健 康 診 断 申 込 書

事業所名

住 所

電 話

							オプション			受診料	備考
							★胃がん検査 (どちらか)	★大腸がん検査			
	ふりがな氏名	生年月日	性別	属性	①定期健診	②生活習慣病	X線	リスク検査			
1	ふりがな()	昭和 年 月 日	男・女	会員本人・ 会員家族・ 従業員等							
	平成										
2	ふりがな()	昭和 年 月 日	男・女	会員本人・ 会員家族・ 従業員等							
	平成										
3	ふりがな()	昭和 年 月 日	男・女	会員本人・ 会員家族・ 従業員等							
	平成										
4	ふりがな()	昭和 年 月 日	男・女	会員本人・ 会員家族・ 従業員等							
	平成										
5	ふりがな()	昭和 年 月 日	男・女	会員本人・ 会員家族・ 従業員等							
	平成										
										合 計	

※ 属性欄には、会員本人、会員家族、従業員等の該当を○してください。

※ 胃部X線間接撮影および生活習慣病予防健診は、午前のみ受付となりますのでご注意ください。

※ 受診料	① 定期健康診断	会 員 ご 本 人 様	5,200円／1人
		会 員 ご 家 族 様	5,700円／1人
		従業員、その他の方	7,900円／1人
	② 生活習慣病予防健診	会 員 ご 本 人 様	6,700円／1人
		会 員 ご 家 族 様	7,700円／1人
		従業員、その他の方	10,900円／1人
オプション 胃部X線間接撮影または胃がんリスク検査を追加される方は、オプションとして4,000円プラスになります。			
オプション 大腸がん検査		一 律 実 費	1,400円／1人

※ 申込書にご記入いただき8月7日(金)までに商工会へFAX(76-4166)をお願いいたします。

※ ①定期健診 ②生活習慣病 ★胃X線 ★大腸がん検査 希望欄に○印をお付けください。