

# 会場別婦人生活習慣病健診(C1)申込書(連名式)

事業所記号	事業所名	事業場所在地	事業所連絡先
〇〇〇	株式会社 〇〇倉庫	〒 000-0000 東京都江東区富岡0-00-00	TEL 03-1234-5678 FAX 03-8765-4321
健診利用目的	一部負担金合計額		健康保険委員
<input checked="" type="checkbox"/> 法定健診 <input type="checkbox"/> 一般健診	10,400円 円 ( 10,400円 × 1名 = 10,400円 7,500円 × 名 = 円 5,400円 × 名 = 円 )		健保 太郎 ㊞

番号	受診者氏名	性別	生年月日	続柄	一部負担額	会場コード	組合記入欄
000	健保 花子	女	昭和37年10月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input checked="" type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円	101	
		女	昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円		
		女	昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円		
		女	昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円		
		女	昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円		
		女	昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円		
		女	昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円		
		女	昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円		
		女	昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 10,400円 <input type="checkbox"/> 7,500円 <input type="checkbox"/> 5,400円		
申込者数合計		人		本人 人 家族 人	<b>【個人情報の取り扱いについて】</b> 申込書の記載事項については、以後の健診を円滑に実施するためのみ、組合及び健診機関において使用することとします。		

**【申込書記載における注意事項】**

- 申し込みの際は、本紙と併せて健診申込書様式⑦-2「個人別会場別婦人生活習慣病健診申込書」作成し、組合にご提出ください。
- 上記の必要項目すべてご記入いただき、健診利用目的欄・続柄欄及び、一部負担額欄については該当項目にはチェックをしてください。
- その他ご不明な点がありましたら組合までご連絡ください。  
倉庫業健康保険組合 保健事業部 ☎03(3642)8436

受診者負担

受 付

## 個人別会場別婦人生活習慣病健診申込書(C1・〇〇年〇季分)

組 合 名	倉庫業健康保険組合			コード	13-452
被 保 険 者 証 号 記 号	〇〇〇	番 号	〇〇〇		
事 業 所 名	株式会社 〇〇倉庫				
被 保 険 者 氏 名	健保 花子				
受 診 者	氏 名	フリガナ ケンポ ハナコ	続 柄		
		健保 花子	1. 本人		
			2. 家族		
	生 年 月 日	昭和(5) 〇〇年 〇〇月 〇日生			
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都江東区富岡〇-〇〇-〇〇				
電 話 番 号	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇				
健診コース	C1コース				
希 望 健 診 会 場 (必ず記入して下さい)	会場コード	〇〇〇	会 場 名	〇〇〇〇会館	
子 宮 癌 検 査 (必ず記入して下さい)	1. 自己採取法 2. 医師採取法 3. 希望しない				

※続柄、子宮癌検査は該当する項目に○をしてください。事務処理の関係上、記入漏れのないようにお願いします。

## 【個人情報の取り扱いについて】

申込書の記載事項及び健診結果については、以後の健診を円滑に実施するため及び健康管理・健康水準向上対策の活用のためのみ、組合及び健診機関において使用することとします。