

組合直営 健康管理センター専用申込書

大阪府建築健康保険組合

令和__年度 生活習慣病健診申込書 <事業所用>

--	--	--

※太線・太枠のみご記入ください。

<一部負担金> ・生活習慣病健診 @5,000 × ____ 名 = ____ 円
 ・眼底検査 @1,000 × ____ 名 = ____ 円
 ・便潜血検査 @500 × ____ 名 = ____ 円
 ・ピロリ菌抗体検査 @1,500 × ____ 名 = ____ 円 計 ____ 円

(内訳 男性: ____ 名、女性: ____ 名)

申込日 年 月 日

事業所記号	事業所名		支店営業所		インボイス制度対応の [納入証明書]の発行 *振込み入金の場合に限る 要・不要			
事業所所在地	〒		TEL	()				
担当者	氏名		健診実施機関名	大阪府建築健康保険組合 健康管理センター				
保険証番号	フリガナ		区分	追加検査		備考	前回受診日	実施日
	氏名			生年月日	40歳以上			
	S H . . (才)		男女	眼底便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
	S H . . (才)		男女	眼底便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
	S H . . (才)		男女	眼底便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
	S H . . (才)		男女	眼底便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
	S H . . (才)		男女	眼底便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM

← 必ずこれに○をしてください

※ご希望の項目に○をしてください ↗

大阪府建築健康保険組合
令和____年度 生活習慣病健診申込書 <事業所用> (続紙)

No. _____

事業所記号 _____

事業所名 _____

健診実施機関名 _____ 大阪府建築健康保険組合

保険証番号	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	区 分	追加検査		備 考	前回 受診日	実 施 日
				40歳以上	年齢不問			
		S H . . (才)	男 女	眼底 便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
		S H . . (才)	男 女	眼底 便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
		S H . . (才)	男 女	眼底 便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
		S H . . (才)	男 女	眼底 便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
		S H . . (才)	男 女	眼底 便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
		S H . . (才)	男 女	眼底 便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
		S H . . (才)	男 女	眼底 便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
		S H . . (才)	男 女	眼底 便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM
		S H . . (才)	男 女	眼底 便潜血	ピロリ菌		/	. . () AM PM

※ご希望の項目に○をしてください ↗