**岩沼市商工会　行（FAX：0223-22-2049）**

**一般定期健康診断・生活習慣病予防健診申込書**

申込締切日：７月１１日（金）

**期　限　厳　守**

令和７年　　　月　　　日

**事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地**

**電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名**

※受診される区分・希望日に○をつけて下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付  番号 | 申込  番号 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | **保険記号** | 受　診　区　分 | | | | 受　診　希　望　日 | | | | | 備　考 |
| 受 診 者 名 | 一般定期健診 | 生活習慣病健診**協会けんぽ被保険者** | 生活習慣病健診**実費** | 特殊健診 | 8/  18  (月) | 8/  19  (火) | 8/  20  (水) | 8/  21  (木) | 8/  22  (金) |
| **保険番号** |
|  | 1 |  |  | 昭和  　　　　　年　　月　　日  平成 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  | 2 |  |  | 昭和  　　　　　年　　月　　日  平成 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  | 3 |  |  | 昭和  　　　　　年　　月　　日  平成 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  | 4 |  |  | 昭和  　　　　　年　　月　　日  平成 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  | 5 |  |  | 昭和  　　　　　年　　月　　日  平成 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |

※不足の場合はコピーしてお使い下さい。（本会HPの新着情報にも本健診案内のページがありますので、そちらからもダウンロードできます。）

※申込状況により、ご希望の日程に添えない場合がありますので、あしからずご了承ください。（日程調整については実施機関より連絡があります。）

※健康保険を協会けんぽで加入している事業所は、

**補助対象者が印字された「全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧」(写)を必ず提出して下さい。(FAX可)**

※厚生労働省よりコラボヘルスの推進が求められていることから、**申込書に受診者の「保険記号」と「保険番号」を記載していただきますようご協力をお願いいたします。**(コラボヘルスとは、健康保険組合などの保険者と事業者が積極的に連携し、労働者の健康保持増進を効率的・効果的に行うことを指します。)