

事業所名 _____ 担当者 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____

※ 該当する健診コース及び希望検査に○印を記入をお願いします！！

《金武町在住者の方》

所在地
電話番号

※該当する健診コース及び希望検査にチェックを入れてください。

					健診コース			希望検査				小計
No	フリガナ氏名	自宅住所	生年月日	年齢	Aコース	Bコース	Cコース	胃部X線	大腸がん	肺がん	①貧血 ②心電図③視力 ④聴力 ⑤眼底	
					20～39歳	40～74歳	40～74歳					
					¥0	¥0	¥1,200				¥0	
会員1名につき全額商工会負担												
1		金武町字	S・H 年 月 日	歳								
2		金武町字	S・H 年 月 日	歳								
3		金武町字	S・H 年 月 日	歳								
4		金武町字	S・H 年 月 日	歳								
5		金武町字	S・H 年 月 日	歳								

《金武町在住者の方》

《Dコース》
 金武町在住で40歳～74歳までの社保加入
 《Eコース・Fコース：他市町村在住者の方》

《Dコース》 金武町在住で40歳～74歳までの社保加入 《Eコース・Fコース:他市町村在住者の方》					※平成25 年3月末日 をもっての 年齢	Dコース	Eコース	Fコース	胃部 X線	大腸 がん	肺がん(喀痰)			小 計
					40～74歳	20～34歳	35～74歳							
					¥4,640	¥6,825	¥4,640	¥4,168	¥1,785	¥2,625	¥0			
No	フリガナ 氏 名	自宅住所	生年月日	年齢	胃部X線 大腸がん含む		胃部X線 大腸がん含む	Eコース		E・F コース	Dコース			
1			S・H 年 月 日	歳										
2			S・H 年 月 日	歳										
3			S・H 年 月 日	歳										
4			S・H 年 月 日	歳										
5			S・H 年 月 日	歳										

受診人数総合計 _____ 名

合計 _____ 円

※ Bコース、Cコースを受診される方は 受診券と健康保険証 を持参して健診を受診してください。
 健診当日、受診券・保険証を持参しなかった場合には健診を受ける事が出来ません。

商工会負担金差引額△2,500円

支払い合計額 _____ 円

※ Dコース、Fコースを受診される方は、事前に会社より健康診断の申込みが必要となりますので、全国健康保険協会 沖縄支部まで
 健診申込みを行ってください。(胃がん検診と大腸がん検診は健診コースに含まれております)