

申込締切：7月20日(水)

事業所名:	E-mail:
所在地: 〒 -	
電話番号:( ) -	担当者:

伊予商工会議所 行き  
**FAX:089-983-2227**

	健康保険被保険者証(協会けんぽ) ※1			フリガナ	性別	生年月日(和暦)	希望 時間帯 ※2	協会 けんぽ	オプション検査 ※希望の方
	保 険 者 番 号	記 号	番 号	氏 名					
例	1380013	7050337	10	ケンシン タロウ 健診 太郎	Ⓜ 男女	Ⓢ 47年10月10日 H	午前 午後	加入 未加入	前立腺がん
1					男女	S 年 月 日 H	午前 午後	加入 未加入	
2					男女	S 年 月 日 H	午前 午後	加入 未加入	
3					男女	S 年 月 日 H	午前 午後	加入 未加入	
4					男女	S 年 月 日 H	午前 午後	加入 未加入	
5					男女	S 年 月 日 H	午前 午後	加入 未加入	

※1 表中の健康保険被保険者証枠内の保険者番号・記号・番号は、協会けんぽ加入者のみご記入下さい。(国保等の加入者は、ご記入不要です。)

※2 希望のお時間を書かれた場合においても、ご希望に添えない場合がございます。

また、新型コロナウイルス感染症対策の為、必ず指定された時間にお越し下さいますようお願いいたします。

※上記内容が記載されていれば、事業所独自の様式でも構いません。(6名以上の場合は、お手数ですがコピーで対応願います。)

※来年度(令和5年度)の健康診断時には現在の紙媒体での案内・申し込みからメールでの案内送信・申込書返信を検討しております。

メールでの対応が可能な事業所は上記にメールアドレスをご記入ください。(本件は検討中ですので変更する可能性もあります)