

(事業所巡回健診) 家族 「生活習慣病予防健診A」 申込書
「生活習慣病予防健診B」(35歳以上)

下記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

セメント商工健康保険組合 殿

事業所名称		電 話	
事業所 (実施) 所在地		担当者名	

事業所記号	
-------	--

保険証 記号	被保険者氏名	受診者氏名	年齢	続柄	健診の 種類	胃X線検査 希望の有無	保険証 記号	被保険者氏名	受診者氏名	年齢	続柄	健診の 種類	胃X線検査 希望の有無
					A・B	有・無						A・B	有・無
					A・B	有・無						A・B	有・無
					A・B	有・無						A・B	有・無
					A・B	有・無						A・B	有・無
					A・B	有・無						A・B	有・無

※希望する健診の種類及び、胃X線検査希望の有無を○で囲んでください。
また、申込書が不足する場合は、コピーしてお使いください。

1. 生活習慣病予防健診A	名(胃	名)
2. 生活習慣病予防健診B	名(胃	名)