

FAX:044-811-2836

川崎商工会議所高津宮前支所 行

川崎商工会議所 巡回生活習慣病健診申込書

会員非会員等区分	☐ 商工会議所会員 ☐ 特定商工業者 ☐ 一般		
フリガナ			
事業所名	※領収書の宛名は、上記ご記入頂いた事業所名、または個人名となりますのであらかじめご了承ください。		
所在地	〒		
電話番号		担当者名	
支払方法 (択一)	<u>※A・B健診を受診される方のみご記入ください。</u> <u>C健診は会社請求しかお選びいただけません。</u>		
	☐ 会社請求(健診実施後、請求書をお送りいたします) ☐ 当日現金払い※		
	※上記で当日現金を選ばれた方は、下記希望する領収書の種類に✓をお付けください。 ☐ インボイス対応領収書 ☐ レジ発行のレシート(インボイス非対応)		
健診会場	希望	会場名	希望健診日
	第1希望		月 日 ()
	第2希望		月 日 ()
通信欄(ご質問等がありましたらご記入ください)			

川崎商工会議所 巡回生活習慣病健診申込書

通し番号	受診者氏名		生年月日				コース (択一)	オプション (任意) ※複数可	
	フリガナ		男・女	西暦	年	月	日	A・B・C	肺・前
									超・骨
								子・乳	
								ピ・ペ	
	※C健診受診者のみ記入								
	記号		番号			保険者番号			
	フリガナ		男・女	西暦	年	月	日	A・B・C	肺・前
									超・骨
								子・乳	
								ピ・ペ	
	※C健診受診者のみ記入								
	記号		番号			保険者番号			
	フリガナ		男・女	西暦	年	月	日	A・B・C	肺・前
									超・骨
								子・乳	
								ピ・ペ	
	※C健診受診者のみ記入								
	記号		番号			保険者番号			
	フリガナ		男・女	西暦	年	月	日	A・B・C	肺・前
									超・骨
								子・乳	
								ピ・ペ	
	※C健診受診者のみ記入								
	記号		番号			保険者番号			
	フリガナ		男・女	西暦	年	月	日	A・B・C	肺・前
									超・骨
								子・乳	
								ピ・ペ	
	※C健診受診者のみ記入								
	記号		番号			保険者番号			