

2026年度 10月1日 西原町内事業所様 健診申込書

事業所名：						ご担当者名：					
住所：								TEL：			
けんぽ記号：								例:47〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 FAX：			
No	氏名	ふりがな	性別	生年月日 (和暦)	けんぽ番号	協会けんぽ ¥5,500税込	法定(A) ¥8,800税込				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
					合計金額		合計金額		総合計		

検査項目

協会けんぽ ・身体測定・血圧・視力・聴力・尿・血液検査・心電図・便潜血・胸部XP・胃部XP・診察所見

法定健診(A)・身体測定・血圧・視力・聴力・尿・血液検査・心電図・胸部XP・診察所見

●ご希望される健診項目の欄に○印を記入して、7月31日(木)までに日本健康倶楽部へFAXまたはE-mailをお願い致します。

●お支払いについては当日、受付でのお支払いとなります。結果票は各事業所へ1か月後に送付となります。

●協会けんぽ健診(生活習慣病予防健診)を受診の方については、健康保険記号番号が必要となります。

本紙に記載するか、協会けんぽより送付されております「生活習慣病予防健診申請書」を添付いただけますよう宜しくお願い致します。

(一社)日本健康倶楽部沖縄支部 営業課 上原宛

FAX:098-939-9388 ・ E-mail:k-uehara@kenko-kagaku.co.jp