

健診申込書

事業所名 (事業所コード)			
住所	〒		
担当者様		電話番号	
		F A X	
健診料のお支払方法 (各検診のお支払方法を確認させて下さい 該当のお支払方法に○をして下さい)			
生活習慣病一般健診 (35歳～75歳誕生日前日)	事業所へ請求	健診当日個人負担	
付加健診 (40歳・50歳)	事業所へ請求	健診当日個人負担	
補助対象年齢の婦人科検診 (偶数年齢)	事業所へ請求	健診当日個人負担	
補助対象外年齢の婦人科検診 (奇数年齢)	事業所へ請求	健診当日個人負担	
オプション検査	事業所へ請求	健診当日個人負担	
個人票の有無 (健診結果事業所控え 5年間表示)	要	不要	

F A Xの場合	FAX 番号 088-863-8520 J A高知健診センター
郵送の場合	〒783-8509 高知県南国市明見字中野 526-1 J A高知健診センター

◀ 健診申込書・受診者名簿を FAX か郵送して下さい。 ▶

