

# 全コース共通集団健診申込書

健康診断を下記のとおり受診いたしたく、**健診料振り込み領収書を添えて**申し込みます。

ご提出期限：令和5年9月15日(金)迄 **[FAX番号(075)981-8556]**

2023 (令和5年) 月 日

事業所名		担当者名	ご担当者様
事業所所在地	【郵便番号 ー 】		
T E L		F A X	

時間帯によっては、お申込みが集中する場合がございます。そのため、午前の受診希望でも午後の受診に変更になることや同一事業所で同日に複数人が受診する場合でも、異なる時間帯で受診していただく場合がございます。

※お申込み後のキャンセルは10月31日(火)午後5時迄です。それ以降の返金はできかねます。予めのご了承お願い致します。

受診者氏名	ふりがな 【必須】	生年月日	性別	希望日及び希望時間			コース
				11/6	11/7	両日可能	
1		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	A・B C・D
2		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	A・B C・D
3		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	A・B C・D
4		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	A・B C・D
5		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	A・B C・D
6		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	A・B C・D
7		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	A・B C・D
8		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	A・B C・D
9		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	A・B C・D
10		昭和・平成 年 月 日	男・女	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	午前 午後 どちらも可	A・B C・D

	Aコース	Bコース	Cコース	Dコース	受診料総合計 ご検算をお忘れなく 受診料は事前にお振込み ください
Dコースを除く受診者が6人以上の場合、 <b>6人目からは下段の割増の健診料</b> となります。	@4,800 名	@5,800 名	@11,800 名	@5,282 名	
	@6,800 名	@7,800 名	@13,800 名		
コース別受診料合計	円	円	円	円	円

※Dコース（協会けんぽに加入されている35歳以上の方対象）をお申込みの場合は、本申込書以外に**健康保険証の写し**もしくは**全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧**をご持参ください。

※受診セット（受診日時・キット等）は 10月20日(金)を目途に京都予防医学センターから直接送付いたします。