

## 〔対象外者（若年層・保険未加入等）申込書〕

協会けんぽ生活習慣予防健診対象外の方について、以下のとおり申し込みます。

事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

資材送付先 〒 \_\_\_\_\_

結果送付先 〒 \_\_\_\_\_

支払い方法（○で囲む） 1.個人で窓口支払い 2.会社で一括支払い

請求書送付先 〒 \_\_\_\_\_

※ 本用紙はこのままでもコピーでもお使いいただけます。

※ 日程は調整する場合があります。希望日については必ず第三希望までお書きください。

1	ふりがな 名 前	性 別	生年月日	年 齢	希望受診コースに ○をつけてください				備考	希望日 第三希望まで
					実費	定②	定③	法定 特定		
1		男 女			実費	定②	定③	法定 特定		
2		男 女			実費	定②	定③	法定 特定		
3		男 女			実費	定②	定③	法定 特定		
4		男 女			実費	定②	定③	法定 特定		
5		男 女			実費	定②	定③	法定 特定		
6		男 女			実費	定②	定③	法定 特定		
7		男 女			実費	定②	定③	法定 特定		
8		男 女			実費	定②	定③	法定 特定		
9		男 女			実費	定②	定③	法定 特定		
10		男 女			実費	定②	定③	法定 特定		