

# 健診申込書

ご希望のコース・オプション検査を  
○で囲んでください。

公益社団法人 川越法人会

フリガナ 事業所名	ご担当者名		
〒	電話番号 ( )	-	
住所	FAX番号 ( )	-	
※書類送付先が上記以外の場合にご記入ください			
〒	電話番号 ( )	-	
住所	FAX番号 ( )	-	
フリガナ 事業所名			

人数	受診者氏名・フリガナ	性別	生年月日(和暦)	希望コース名				けんぽ	受診希望日		インフルエンザ予防接種希望
				生活習慣病健診	オプション検査				第1	第2	
1	フリガナ	男	昭和 平成	総合+喀痰	アミノテックス	MAST48	腸内フローラ		/	/	
				総合	Lox-index	ABC検診	甲状腺				
		A	頸動脈	CYFRA	NT-proBNP						
		S	女性健診	前立腺	女性用腫瘍マーカー						
2	フリガナ	男	昭和 平成	総合+喀痰	アミノテックス	MAST48	腸内フローラ		/	/	
				総合	Lox-index	ABC検診	甲状腺				
		A	頸動脈	CYFRA	NT-proBNP						
		S	女性健診	前立腺	女性用腫瘍マーカー						
3	フリガナ	男	昭和 平成	総合+喀痰	アミノテックス	MAST48	腸内フローラ		/	/	
				総合	Lox-index	ABC検診	甲状腺				
		A	頸動脈	CYFRA	NT-proBNP						
		S	女性健診	前立腺	女性用腫瘍マーカー						
4	フリガナ	男	昭和 平成	総合+喀痰	アミノテックス	MAST48	腸内フローラ		/	/	
				総合	Lox-index	ABC検診	甲状腺				
		A	頸動脈	CYFRA	NT-proBNP						
		S	女性健診	前立腺	女性用腫瘍マーカー						
5	フリガナ	男	昭和 平成	総合+喀痰	アミノテックス	MAST48	腸内フローラ		/	/	
				総合	Lox-index	ABC検診	甲状腺				
		A	頸動脈	CYFRA	NT-proBNP						
		S	女性健診	前立腺	女性用腫瘍マーカー						

ご記入いただきました個人情報、健康診断に関わる利用目的以外には使用いたしません。

◎6名様以上の場合、お手数ですがコピーして頂き  
お申し込み下さい。

## FAXまたはEメールでお申し込み下さい

FAX 03-5767-1710 Eメール kenshin@zrf.or.jp

※メールでお申し込みの際は上記 **健診申込書** と同じ  
必要事項を記載して送信して下さい。

(添付ファイルにて送信して頂いても大丈夫です)  
また、件名に【川越法人会】と記載ください。

## (一財)全日本労働福祉協会 渉外部

住所 〒143-0016  
東京都大田区大森北1-18-18 3F  
電話 03-5767-1714  
月～金 9:00～12:00 / 13:00～17:00

協会けんぽ(全国健康保険協会)費用補助を利用する  
方はけんぽ欄に○をして頂き、下記①または②を同送  
下さい。

- ①“健診対象者一覧”(毎年3月に協会けんぽから  
事業主様へ送付されております。)
- ②“健康保険証コピー”

※国民健康保険やその他の健康保険とは違います。  
※被保険者の方が対象です。被扶養者の方は対象外  
となります。  
※受診前に手続きが済んでいないと補助が受けられ  
ませんのでご注意下さい。