

鹿児島商工会議所 健康診断・人間ドック申込書

《 申 込 先 (鹿児島商工会議所) 》

希望日の
2週間前までに
申し込みください。



FAX

099-227-1977



Mail

kigyoushien@sage.ocn.ne.jp

※3名以上または出張バス健診をお申し込みの方は、当商工会議所ホームページにある「申込書 (EXCEL)」
をご利用ください。

※以下、全ての事項をご記入または○にてご選択ください。

《 申 込 事 業 所 》

フリガナ		T E L	— —			
事業所名		ご担当者名				
所在地	〒 —	健 保 記 号 (左づめ)				
		※生活習慣病予防健診をご希望する場合に限り、 全国健康保険協会の保険証の番号を記入				
E-Mail	@					
受診方法	☐ 出張バス健診 ☐ 集団健診 ☐ 病院健診 (健康診断・人間ドック) ☐ 病院健診 (脳ドック・がんドック)					

《 申 込 者 一 覧 》

受診者名前	性別	生年月日	希 望 日		健 保 番 号 (左づめ) ※全国健康保険協会の保険証の番号を記入
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	第一希望	月 日 午前・午後	
			第二希望	月 日 午前・午後	
受診コース	☐ 法定健診 ☐ 生活習慣病予防健診 ☐ 人間ドック ☐ 脳ドック ☐ がんドック				
オプション健診	☐ 自由記入欄 () ※希望する検査をご記入ください。				
受診病院	☐ いづろ今村病院 ☐ キラメキテラスヘルスケアホスピタル ☐ 南風病院 ☐ 厚地脳神経外科病院 ☐ 厚地記念クリニックPET画像診断センター				
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	第一希望	月 日 午前・午後	
			第二希望	月 日 午前・午後	
受診コース	☐ 法定健診 ☐ 生活習慣病予防健診 ☐ 人間ドック ☐ 脳ドック ☐ がんドック				
オプション健診	☐ 自由記入欄 () ※希望する検査をご記入ください。				
受診病院	☐ いづろ今村病院 ☐ キラメキテラスヘルスケアホスピタル ☐ 南風病院 ☐ 厚地脳神経外科病院 ☐ 厚地記念クリニックPET画像診断センター				
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	第一希望	月 日 午前・午後	
			第二希望	月 日 午前・午後	
受診コース	☐ 法定健診 ☐ 生活習慣病予防健診 ☐ 人間ドック ☐ 脳ドック ☐ がんドック				
オプション健診	☐ 自由記入欄 () ※希望する検査をご記入ください。				
受診病院	☐ いづろ今村病院 ☐ キラメキテラスヘルスケアホスピタル ☐ 南風病院 ☐ 厚地脳神経外科病院 ☐ 厚地記念クリニックPET画像診断センター				

《 鹿児島商工会議所 生命共済制度加入者への助成について 》

法定健診や生活習慣病予防健診、人間ドックを受診される方で、当所生命共済制度に
加入されている方には、鹿児島商工会議所より以下の助成を行います。

- ▶▶ 法定健診・生活習慣病・人間ドック 1人 1,000円
- ▶▶ 脳ドック・がんドック 1人 2,000円

☐ 申請書の送付を希望する
(ご希望の方はチェックを入れてください。)