# 事業所用申込書　3月の大泉生協病院日曜健診

〔とき〕３月６日（日）〔ところ〕大泉生協病院（練馬区東大泉６－３－３）

**土建国保加入者（組合員と家族）は年度内（２０１５年4月1日～２０１６年３月31日）に１回、無料で健診受診できます。**組合のみ加入や、年度内 2 回目以降の健診は 8,740 円、組合未加入の場合は 10,000 円です。受診料・オプション検査（裏面記載）は健診当日会場で申込みとお支払い下さい。

▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪

**◎　以下に記入の上　ＦＡＸ０３－３８２５－７５４７までお送り下さい。**

**締切…２月１８日ですが、定員（１８０人）に達し次第締切りですのでご了承ください。**

| | |
|---|---|
| 会社名 | 代表者名 |
| 住所 | 電話 |

**＊問診票・結果票送付先に○印下さい（　会社に送付希望　・　個人宅へ送付希望　）**

**＊受診する方について記入下さい**

**（組合未加入者（健診料金１０，０００円）は、氏名のほかﾌﾘｶﾞﾅ、住所、生年月日の記入も必要です。土建国保加入者、組合のみ加入者は名前と生年月日のみで結構です。）**

| 受診者氏名 | 生年月日 | 受診コース(○印) |
|---|---|---|
| (フリガナ) | 昭・平 | 土建国保加入（無料）<br>土建国保加入で2回目(8，740円)<br>組合のみ加入(8，740円)<br>組合未加入(10，000円) |
| 受診者氏名 | 年　月　日（　）歳 | |
| 住所 | | |
| (フリガナ) | 昭・平 | 土建国保加入（無料）<br>土建国保加入で2回目(8，740円)<br>組合のみ加入(8，740円)<br>組合未加入(10，000円) |
| 受診者氏名 | 年　月　日（　）歳 | |
| 住所 | | |
| (フリガナ) | 昭・平 | 土建国保加入（無料）<br>土建国保加入で2回目(8，740円)<br>組合のみ加入(8，740円)<br>組合未加入(10，000円) |
| 受診者氏名 | 年　月　日（　）歳 | |
| 住所 | | |
| (フリガナ) | 昭・平 | 土建国保加入（無料）<br>土建国保加入で2回目(8，740円)<br>組合のみ加入(8，740円)<br>組合未加入(10，000円) |
| 受診者氏名 | 年　月　日（　）歳 | |
| 住所 | | |
| (フリガナ) | 昭・平 | 土建国保加入（無料）<br>土建国保加入で2回目(8，740円)<br>組合のみ加入(8，740円)<br>組合未加入(10，000円) |
| 受診者氏名 | 年　月　日（　）歳 | |
| 住所 | | |
| (フリガナ) | 昭・平 | 土建国保加入（無料）<br>土建国保加入で2回目(8，740円)<br>組合のみ加入(8，740円)<br>組合未加入(10，000円) |
| 受診者氏名 | 年　月　日（　）歳 | |
| 住所 | | |