

平成27年度 健康診断申込書 (兼 補助金申請書)

被保険者証番号	3 1	組合員氏名	印
住 所	〒		
電 話 番 号	自宅		
	携帯		
受診希望者	フリガナ	生年月日	性別
	氏 名	S・H 年 月 日	男・女
	フリガナ	生年月日	性別
	氏 名	S・H 年 月 日	男・女
	フリガナ	生年月日	性別
	氏 名	S・H 年 月 日	男・女
	フリガナ	生年月日	性別
	氏 名	S・H 年 月 日	男・女

健診コース一覧 ご希望のコースを○で囲んでください。

成人病予防センター	福 岡 病 院	ヘルスポートクリニック
Aコース 4月11日(土)	Eコース 5月17日(日)	Kコース 5月24日(日) 鳥栖
Bコース 4月12日(日)	Fコース 6月21日(日)	Lコース 5月30日(土) 唐津
Cコース 4月18日(土)	Gコース 7月19日(日)	Mコース 5月31日(日) 佐賀
Dコース 4月25日(土)	Hコース 8月16日(日)	Nコース 6月21日(日) 武雄
	Iコース 9月20日(日)	Oコース 10月25日(日) 佐賀
	Jコース 10月18日(日)	

☆建設連合国保では、健診データを継続的に蓄積・管理し被保険者のみなさまの健康管理に役立てていただけるよう、検査後健康状態に疑念のあった方について保健指導を実施しております。

上記被保険者が、定められた機関において健診を受ける事を認めます。

平成 年 月 日

〒840-0804

佐賀市神野東3丁目2番1号

建設連合国民健康保険組合 佐賀県支部

支部長 崎 村 友 繁 印