

平成30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 7日(土)	Gコース 5月20日(日)	Mコース 5月26日(土) 武雄
Bコース 4月 8日(日)	Hコース 6月17日(日)	Nコース 6月 2日(土) 鳥栖
Cコース 4月14日(土)	Iコース 7月15日(日)	Oコース 7月 8日(日) 佐賀
Dコース 4月22日(日)	Jコース 8月26日(日)	Pコース 7月29日(日) 唐津
Eコース 10月13日(土)	Kコース 9月16日(日)	Qコース 8月 5日(日) 佐賀
Fコース 10月21日(日)	Lコース 10月21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

〒849-0919

佐賀市兵庫北二丁目19番10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