

大阪府建築健康保険組合

令和__年度 事業主健診申込書

--	--	--

<一部負担金>

- ・事業主健診 7,000円
- ・腹部超音波検査 3,000円
- ・ピロリ菌抗体検査 1,500円

入金日 年 月 日
健診日時通知 年 月 日

〔※80歳以上の方は、胃部X線検査分(2,000円)を差し引いた金額になります。〕

下記必要事項を記入して下さい。

※インボイス制度対応の【納入証明書】の発行(振込み入金のみ)を希望する場合は口に✓をしてください→

事業所名			
事業所所在地	〒 _____ Tel (_____)		
健康保険証 記号・番号	記号_____ 番号_____ (国民健康保険に加入されている方は記入不要です)		
事業主氏名			
生年月日	_____年 _____月 _____日 (年齢 歳)		
追加検査 *ご希望の項目に○ または、項目を ご記入ください	・ピロリ菌抗体検査 ・腹部超音波検査 ・その他 [_____]		
事業主健診 希望日記入欄 〔 特になければ、ご記入いただく必要 はありません。 〕	_____月 _____日 (水・金) 午前		
	_____月 _____日 (水・金) 午前		
	_____月 _____日 (水・金) 午前		

※腹部超音波検査は、事業主健診とは別日の実施となります。

〔 通信欄 _____ 〕