

健康保険証の記載事項



健康保険証または資格情報のお知らせから、

事業者名	(株)東近江商事
保険者番号	01250018

合計	3人	¥22,770
----	----	---------

郵便番号	527-0013		
住所	東近江市池庄町505		
代表者名	商工 太郎		
担当者名	東近江 幸子		
電話番号	0749-45-5077	FAX番号	0749-45-5088
特記事項			

申し込み項目①～⑪に○印をご記入ください。

NO.	フリガナ 受診者氏名 被保険者記号・番号(協会けんぽ受診の場合)	性別 (男・女)	生年月日 (和暦 S・H)	受診会場 ※3ア～オ	番号 検査項目 料金	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	受診票言語※2
						協会けんぽ 一般健診	定期健診※1	大腸がん検査	胃部検査	C型肝炎検査	前立腺 がん検査	追加血液検査	じん肺 健康診断	有機溶剤 健康診断	有機溶剤 トルエン	有機溶剤 キシレン	
1	フリガナ キョウカイ タロウ 氏名 協会 太郎 記号: 21700023 番号: 1	男	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> H 1年 5月10日	ア	5,500	○	※1料金は受診 人数により異な ります	1,650	4,950	1,870	1,980	880	1,100	1,210	3,300	3,300	
2	フリガナ ショウコウ ジロウ 氏名 商工 次郎 記号: 21700023 番号: 2	男	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 50年10月14日	ア	5,500	○											
3	フリガナ ヒガシオウミ サチコ 氏名 東近江 幸子 記号: 番号:	女	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> H 8年 3月 5日	ウ	5,500		○		○			○					
4	フリガナ 氏名 記号: 番号:		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日		5,500												
5	フリガナ 氏名 記号: 番号:		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日		5,500												

記入見本

受診者氏名は協会けんぽ一般健診を受けられる方から
順番にご記入ください。
また、請求については協会けんぽ受診者から
人数計算いたします。

*お手数ですが5名以上の場合、受診人数に応じてシートを印刷してご記入ください。

※2 日本語以外の受診票が必要な方は「受診票言語」欄に希望言語をご記入ください。
(対応言語: 英語・ポルトガル語・中国語・スペイン語・インドネシア語・タガログ語・ベトナム語)

※3 受診会場 ア:永源寺コミセン イ:蒲生コミセン ウ:愛東コミセン エ:やわらぎホール オ:湖東コミセン別館
※4 診断料金は、税込金額です。

健康診断受診申込書

令和8年6月22日

0 / 0頁

東近江市商工会

FAX : 0749-45-5088

Mail : higashiomi-shoko@e-omi.ne.jp

LINE : 右記QRコードを読み取り下さい。→ LINEへファイルまたは画像を送信してお申込みいただけます。



事業者名	
保険者番号	

合計	#REF!	¥
----	-------	---

郵便番号			
住所			
代表者名			
担当者名			
電話番号		FAX番号	
特記事項			

記入方法：
氏名(フリガナ)、保険者記号・番号、性別、生年月日、受診会場、申し込み項目①～⑪に○印をご記入ください。

NO.	フリガナ 受診者氏名 被保険者記号・番号(協会けんぽ受診の場合)	性別 (男・女)	生年月日 (和暦S・H)	受診会場 ※3ア～オ	番号	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	受診票言語※2
					検査項目	協会けんぽ 一般健診	定期健診※1	大腸がん検査	胃部検査	C型肝炎検査	前立腺 がん検査	追加血液検査	じん肺 健康診断	有機溶剤 健康診断	有機溶剤 トルエン	有機溶剤 キシレン	
					料金	5,500	※1料金は受診 人数により異な ります	1,650	4,950	1,870	1,980	880	1,100	1,210	3,300	3,300	
1	フリガナ 氏名 記号: 番号:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日														
2	フリガナ 氏名 記号: 番号:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日														
3	フリガナ 氏名 記号: 番号:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日														
4	フリガナ 氏名 記号: 番号:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日														
5	フリガナ 氏名 記号: 番号:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日														

*お手数ですが5名以上の場合、受診人数に応じてシートを印刷してご記入ください。

※2 日本語以外の受診票が必要な方は「受診票言語」欄に希望言語をご記入ください。
(対応言語: 英語・ポルトガル語・中国語・スペイン語・インドネシア語・タガログ語・ベトナム語)

※3 受診会場 ア:永源寺コミセン イ:蒲生コミセン ウ:愛東コミセン エ:やわらぎホール オ:湖東コミセン別館
※4 診断料金は、税込金額です。