

令和8年度 健康診断申込書

健診希望会場を選択し、会場別にご記入ください。
2会場でお申込みされる場合はコピーしてご記入ください。

健診希望会場

- ☐ 会場1:知多クリニック
☐ 会場2:半田市医師会健康管理センター(神田町)

FAX<0569>
23-4181

※お申込後、健診日の連絡をします。

受 診 者	フリガナ 氏 名			健診希望コース (○を付けてください)	会 議 所 使 用 欄	健 診 希望月	希望月 月	あおぞら 共済加入	補助券利用	
	若・C・Dコース希望の方は健康保険証の被保険者番号を記入ください	番号	本人・家族						中小企業共済	わーくりい知多
	S・H 年 月 日 男・女			若・C1・C2・C3 D1・D2・ D3/0・I・II・III・IV・V E1・E2・F・G H/I・II・J K・脳	(2,000・2,300)・(4,400・4,900)・(11,800・12,500)・(16,000・16,500) (6,600・7,400)・(12,500・14,000) (4,100・4,300)・(1,350・1,500)・(750・900)・(4,100・4,300)・(850・900)・(2,900・3,100) (36,000・37,000)・(39,800・41,000)・(8,900・9,300)・(16,800・17,700) (12,500・13,600)・(11,400・12,700)・(4,100・4,300) (2,900・3,100)・(30,100・31,600)	希望月	月	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	番号									
	本人・家族									
	該当する箇所に○を付けてください。									
	S・H 年 月 日 男・女			若・C1・C2・C3 D1・D2・ D3/0・I・II・III・IV・V E1・E2・F・G H/I・II・J K・脳	(2,000・2,300)・(4,400・4,900)・(11,800・12,500)・(16,000・16,500) (6,600・7,400)・(12,500・14,000) (4,100・4,300)・(1,350・1,500)・(750・900)・(4,100・4,300)・(850・900)・(2,900・3,100) (36,000・37,000)・(39,800・41,000)・(8,900・9,300)・(16,800・17,700) (12,500・13,600)・(11,400・12,700)・(4,100・4,300) (2,900・3,100)・(30,100・31,600)	希望月	月	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	番号									
	本人・家族									
	該当する箇所に○を付けてください。									
	S・H 年 月 日 男・女			若・C1・C2・C3 D1・D2・ D3/0・I・II・III・IV・V E1・E2・F・G H/I・II・J K・脳	(2,000・2,300)・(4,400・4,900)・(11,800・12,500)・(16,000・16,500) (6,600・7,400)・(12,500・14,000) (4,100・4,300)・(1,350・1,500)・(750・900)・(4,100・4,300)・(850・900)・(2,900・3,100) (36,000・37,000)・(39,800・41,000)・(8,900・9,300)・(16,800・17,700) (12,500・13,600)・(11,400・12,700)・(4,100・4,300) (2,900・3,100)・(30,100・31,600)	希望月	月	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	番号									
	本人・家族									
	該当する箇所に○を付けてください。									
	S・H 年 月 日 男・女			若・C1・C2・C3 D1・D2・ D3/0・I・II・III・IV・V E1・E2・F・G H/I・II・J K・脳	(2,000・2,300)・(4,400・4,900)・(11,800・12,500)・(16,000・16,500) (6,600・7,400)・(12,500・14,000) (4,100・4,300)・(1,350・1,500)・(750・900)・(4,100・4,300)・(850・900)・(2,900・3,100) (36,000・37,000)・(39,800・41,000)・(8,900・9,300)・(16,800・17,700) (12,500・13,600)・(11,400・12,700)・(4,100・4,300) (2,900・3,100)・(30,100・31,600)	希望月	月	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	番号									
	本人・家族									
	該当する箇所に○を付けてください。									

(事業所) 健康保険組合 ご加入	どちらかに○をつけてください。								事業所名	連絡責任者名		
	協会けんぽ ・ その他											
	協会けんぽ 被保険者証の 記号(8ケタ)								住 所	〒	TEL(連絡先)	
											F A X	

※ご記入いただきました情報は、半田商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用することがございます。