

沖縄セントラル病院用 申込書

宛先：沖縄セントラル病院 FAX：098-836-6914

【那覇商工会議所】

令和 年 月 日

事業所名	ふりがな		代表者名	ふりがな	
所在地	〒				
T E L		F A X		担当者名：	

ふりがな 申込者氏名	生年月日 (年齢)	性別	コース	オプション(希望者のみ) ○印をつけてください	共済 加入	希望日
1	年 月 日 (歳)	男・女	A	胃部X線・大腸がん		第1希望 月 日()
			B	—		第2希望 月 日()
2	年 月 日 (歳)	男・女	A	胃部X線・大腸がん		第1希望 月 日()
			B	—		第2希望 月 日()
3	年 月 日 (歳)	男・女	A	胃部X線・大腸がん		第1希望 月 日()
			B	—		第2希望 月 日()
4	年 月 日 (歳)	男・女	A	胃部X線・大腸がん		第1希望 月 日()
			B	—		第2希望 月 日()
5	年 月 日 (歳)	男・女	A	胃部X線・大腸がん		第1希望 月 日()
			B	—		第2希望 月 日()
6	年 月 日 (歳)	男・女	A	胃部X線・大腸がん		第1希望 月 日()
			B	—		第2希望 月 日()
7	年 月 日 (歳)	男・女	A	胃部X線・大腸がん		第1希望 月 日()
			B	—		第2希望 月 日()
8	年 月 日 (歳)	男・女	A	胃部X線・大腸がん		第1希望 月 日()
			B	—		第2希望 月 日()
9	年 月 日 (歳)	男・女	A	胃部X線・大腸がん		第1希望 月 日()
			B	—		第2希望 月 日()
10	年 月 日 (歳)	男・女	A	胃部X線・大腸がん		第1希望 月 日()
			B	—		第2希望 月 日()

生命共済加入者
人

※記入欄に必要事項をご記入の上、令和8年4月1日(水)～令和9年2月26日(金)迄にFAXにてお申込ください。
 ※記入欄が足りない場合は、用紙をコピーしてお使いください。(お申込みの際は病院施設のお間違えがないようご確認をお願いします)
 ※Bコースは協会けんぽ生活習慣病予防健診のため、協会けんぽの被保険者の方が対象となります。
 ※『生命共済』ご加入の方(ご本人)は○印を記入してください。受診後に那覇商工会議所より割引料金をお支払いします。
 ※ご記入頂いた情報は、本事業にのみ使用します。