

那覇市医師会用 申込書

宛先：那覇商工会議所 TEL：970-6889 FAX：866-9834

(※お手数ですがFAX 到着確認のお電話をお願いします)

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 希望時間
1	-----	年	男・女	A	ABC 検査・大腸がん		3日(木)・4日(金)
	(保険証番号)※Bコースのみ	月 日		B	ABC 検査		-----
		(歳)		C	ABC 検査・大腸がん		時
2	-----	年	男・女	A	ABC 検査・大腸がん		3日(木)・4日(金)
	(保険証番号)※Bコースのみ	月 日		B	ABC 検査		-----
		(歳)		C	ABC 検査・大腸がん		時
3	-----	年	男・女	A	ABC 検査・大腸がん		3日(木)・4日(金)
	(保険証番号)※Bコースのみ	月 日		B	ABC 検査		-----
		(歳)		C	ABC 検査・大腸がん		時
4	-----	年	男・女	A	ABC 検査・大腸がん		3日(木)・4日(金)
	(保険証番号)※Bコースのみ	月 日		B	ABC 検査		-----
		(歳)		C	ABC 検査・大腸がん		時
5	-----	年	男・女	A	ABC 検査・大腸がん		3日(木)・4日(金)
	(保険証番号)※Bコースのみ	月 日		B	ABC 検査		-----
		(歳)		C	ABC 検査・大腸がん		時

生命共済加入者
人

コース名	検診料	人数	合計
A コース	8,800 円		円
ABC検査(胃ガンリスク検査)	3,960 円		円
大腸ガン	1,650 円		円
B コース	5,500 円		円
C コース	2,500 円		
		合 計	円

※申込書様式(excel)は下記URLまたはQRコードからもダウンロード可能です。

URL(那覇商工会議所HP内)：bit.ly/3NY8PbL

※記入欄に必要事項をご記入の上、10月26日(月)迄に那覇商工会議所宛てにFAXにてお申込ください。

(但し、定員に達し次第締め切らせて頂きます。) ●注意：お申込みの際は、FAXの到着確認をお願いします。

※Bコースをご希望される事業者は、保険証番号確認のため協会けんぽより届いている補助対象者の名簿も添付し申込下さい。

※『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。

