

全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧

事業所名称	所在地 〒 ー	書類送付先（左記と別の場合）
	担当者名： _____ 電話番号： () _____ FAX番号： () _____	所在地 〒 ー 営業所名 担当者名： _____ 電話番号： () _____ FAX番号： () _____
	お支払い方法 請求書 ・ 窓口 備考	

◎年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

[illegible]