

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 〒 一	書類送付先 (左記と別の場合)
担当者名 : _____		所在地 〒 一
電話番号 : ()		営業所名
FAX番号 : ()		担当者名 : _____
お支払い方法	請求書	請求書
備考	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。