

下記のとおり健康診断を申し込みます。

生活習慣病・特定健診 申込書

② (事業主用) (従業員のいない個人事業所・一人親方)

令和 年 月 日

※該当に○

ご希望会場にチェック を入れてください。

- 新潟<新潟市中央区紫竹山2-6-10>
- 西新潟<新潟市西区小新南2-1-60>
- 長岡<長岡市千秋2-229-1>

受診期間 : 令和8年6月~令和9年1月31日

事業所名(屋号)

送付先住所(自宅)

日中連絡のとれる
電話番号

F A X 番号

*40歳以上の方は、
どちらかに○を付けて
ください。

[特定健康診査受診券]がお手元に
ある ・ ない

※「ない」場合は再交付手続きが必要です。

全国建設工事業国民健康保険組合
新潟県支部
TEL0258-34-0231
FAX0258-36-8681

	被保険者 記号・番号	フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日	特定 健診	健診コース	オプション	備考	健診希望月日	
									申込日から2週間空けて下さい	
									第一希望	第二希望
1	93-		男・女	S 年 月 日 H R	対象外 対象者	生活習慣病 A・B・C 特定健診 A・B 人間ドック			月 日	月 日
2	93-		男・女	S 年 月 日 H R	対象外 対象者	生活習慣病 A・B・C 特定健診 A・B 人間ドック			月 日	月 日
3	93-		男・女	S 年 月 日 H R	対象外 対象者	生活習慣病 A・B・C 特定健診 A・B 人間ドック			月 日	月 日
4	93-		男・女	S 年 月 日 H R	対象外 対象者	生活習慣病 A・B・C 特定健診 A・B 人間ドック			月 日	月 日
5	93-		男・女	S 年 月 日 H R	対象外 対象者	生活習慣病 A・B・C 特定健診 A・B 人間ドック			月 日	月 日

※ 健診コースは、生活習慣病(40歳未満) A・B・C、特定健診(40歳以上) A・B、人間ドック のいずれかを○で囲んでください。

※ ご希望されるオプション検査は、オプション欄にご記入ください。

※ (一財)新潟県けんこう財団への直接の申し込みは無効です。必ず建設国保新潟県支部にお申し込みください。

※ 健診料金は、当日精算をお願いします。

当日清算します。