|  |   | 日本グラフ  | イックデザイン協会                            | 会員様 健康診                            | 断申込用        | 紙                        |               |                   |                           |               | 別紙2               |
|--|---|--|--------------------------------------|------------------------------------|-------------|--------------------------|---------------|-------------------|---------------------------|---------------|-------------------|
| Κŀ   | C   | ウエルネス  | ス健診クリニック予糸                           | ウセンター 行                            |             |                          |               |                   | 年                         |               | E                 |
| -  |   |  | 診断を申し込みます。                           |                                    |             |                          |               | <del></del> -     |                           |               |                   |
|  |   | <b>か取れない項</b><br>力ナ  | 場合、ご希望通りの日程                          | 性男 日中に連絡                           |             | 181生かめりより                |               |                   | <b>い。</b><br>:マイナ保険訂      | 手等の証          | ·号·番号             |
| 氏名   |   |  |                                      | 別女取れるお電話                           |             |                          |               |                   | 记号                        |               | 号                 |
| ご住   | È所  | ₹  |                                      |                                    | 生年月日        | 年 月                      | 日             |                   | -                         |               |                   |
|  |   |  | Ţ.                                   | 主】受診希望時期は3                         | 週間先以降る      | を目安に記入下さ                 | とい。           |                   |                           |               |                   |
| 健  | お申し込み期間は2025年11月4日(火)〜2025年12月26日(金)です。<br>お早めにお申し込みください!《※受診時期 2025年12月1日(月)〜2026年3月6日 |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   | で_ 》                      |               |                   |
| 診  |   |  |                                      |                                    |             | 月もご記入ください)               |               |                   | などの希望検査・                  | やご都合か         | が悪い日等             |
| $\sqcap$   |   | 本人コース  | 本人コース(男・女)                           | 第1希望                               |             | 第2希望                     |               |                   |                           |               |                   |
| ス  | =   | 家族コース  | 家族コース(男・女)                           | 月上旬                                | 月中旬         | 月上旬                      | 月 中旬          |                   |                           |               |                   |
|  |   | ドック(本・家)   | 人間ドック(本・家)                           | 月下旬                                |             | 月下旬                      |               |                   |                           |               |                   |
| 受診   | 所在地はホームページでご確認下さい。 ※新大阪・なんば・神戸クリニックは混雑が予想されます。特に<br>KKCウェルネス東京日本橋健診クリニック  KKCウェルネス新大阪   |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   |                           | い致しる          | ま <mark>す。</mark> |
| 希  | KKCウェルネス東京日本倫健設クリニック  |  |                                      |                                    |             |                          |               | 健診クリ              | ノニック                      |               |                   |
| 希望施  |   |  | KCウエルネスひこね健診                         |                                    |             | KKCウエルネ                  |               |                   |                           |               |                   |
| 設  |   |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   |                           | ニック           |                   |
| (1   | 健康  | 表診断申込・   | <br>実施の流れ                            |                                    |             |                          |               |                   |                           |               |                   |
|  | 1   |  | 申込用紙(本紙)への言                          |                                    |             | 18 1                     |               |                   |                           |               |                   |
| 特に「補助金を受ける予定の方」については下記条件を十分チェックください。  2 KKCへ健康診断申込用紙(本紙)をFAX下さい。                   |   |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   |                           |               |                   |
| 2 KKCへ健康診断申込用紙(本紙)をFAX下さい。 3 KKCより電話を差し上げます。この時点で受診日が決定となります。                      |   |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   |                           |               |                   |
| 3  |   |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   |                           |               |                   |
|  | 4 KKCより健診事前準備物が届きます。内容をご確認ください。   |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   |                           |               |                   |
|  | 5   |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   |                           | 費用は           |                   |
|  |   | 当日は絶食でお越しください。<br>健診費用は当日、全額を受付にてお支払いください(クレジット・QRコード利用可)。         |                                      |                                    |             |                          |               |                   | 一旦お立れ                     | 替くださ!         | (,°               |
|  | 組合指定の『補助申請用紙』に受診機関の捺印した書類をお渡しします。   |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   |                           |               |                   |
|  | 6 ご本人から文芸美術国保組合へ補助金を申請ください。   |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   |                           |               |                   |
|  |   | 補助申請用紙(必要事項を記載)を申請。<br>  ※検査結果のご提出は不要です。40歳以上の方は申請書のみのご提出で増額補助します。 |                                      |                                    |             |                          |               |                   |                           |               |                   |
|  |   |  | 詳細については文芸美術[                         |                                    |             | 四で指頭所切り                  | ~ , . <u></u> | <b>山《申</b><br>20: | 請期限》<br>26年3月13           | 3(金)必         | 着                 |
| (2   | 2)補助金を受ける予定の方   |  |                                      |                                    |             |                          |               | 《申                | 請先》                       |               |                   |
|  |   | 文芸美術国保組合の健診補助金を申請するためには、下記の条件を全て満たす必要があります。<br>事前にチェックして下さい。       |                                      |                                    |             |                          |               |                   | 美術国民 <b>修</b>             | <b>主尿 休</b> 吃 | 块租 百              |
|  | 7-110   | ■ 健康診断の受診日に、文芸美術国保組合に加入(組合員·家族)している。                               |                                      |                                    |             |                          |               |                   | 請先住所》<br>01-0048          |               |                   |
| □ 受診者が文芸美術国保組合に加入後継続して1年以上経過している。<br>□ 今年度内(2025年4月~2026年3月)に文芸美術国保組合の健診補助を受けていない。 |   |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   | 京都千代田<br> 田司町2-7<br>ノーネ神田 |               |                   |
|  |   |  |                                      |                                    |             |                          |               |                   | ノーネ神田(                    | PREX4         | 階                 |
|  | ( <del>-</del> ' :  |  | 項目に胃部レントゲンま <i>†</i><br>‡を全て満たした場合でも |                                    |             | かる可能性もごう                 | ジハキオ          |                   | <u> </u>                  |               |                   |
|  |   |  | いで受診する方                              | 、同りかの安因で開                          | 9107X13K7FC | なの-1 HE IT OC C          | 207676        |                   |                           |               |                   |
| , -  | 7 1115-   |  | (2)の条件は必要ござい                         | ません。                               |             |                          |               |                   |                           |               |                   |
|  |   |  | レネス東京日本橋健診ク                          | リニック                               |             | くCウエルネス新                 | 大阪健診?         | クリニッ              | ク                         |               |                   |
|  | Æ   | ⇒03-5500   | <del>-6</del> 778                    |                                    | <b>→</b>    | 06-6397-3456             |               |                   |                           |               |                   |
|  | 各クリ   | KKCウエル<br>⇒052-331   | レネス名古屋健診クリニッ<br>−2327                | ック                                 |             | くCウエルネスな<br>06-6397-3456 | んば健診り         | フリニッ              | ク                         |               |                   |
|  | ニッ  |  | レネスひこね健診クリニッ                         | h                                  | KI          | レビのウェルネフ加戸健診カリニック        |               |                   |                           |               |                   |
|  | ク<br>F  | ⇒077-551   |                                      | KKCウエルネス神戸健診クリニック<br>⇒06-6397-3456 |             |                          |               |                   |                           |               |                   |
|  | A<br>X  | KKCウエノ   | レネス栗東健診クリニック                         |                                    | K           | KKC健康スクエアウエルネス三重健診クリ     |               |                   |                           | 7             |                   |
|  | 番号  | ⇒077-551   |                                      |                                    |             | 059-269-5588             |               |                   |                           |               |                   |
|  |   |  |                                      |                                    |             | くCウエルネス四<br>059-269-5588 | 日市健診          | クリニッ              | ク                         |               |                   |