

# 【 健康診断申込書 】

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_

健康診断名	対象者	人数
1 定期健康診断	会員全員対象	名
2 ミニドック健診 (協会けんぽ同内容)	会員全員対象	名
3 協会けんぽ 生活習慣病予防健診	被保険者で35歳以上対象	名

特殊健康診断・その他検査	予定人数
じん肺健診	名
有機溶剤健診 溶剤名( )	名
騒音健診	名
溶接ヒューム	名
風疹抗体検査 ※自治体からのクーポン券を持参いただける方が対象です	名

※有機溶剤健康診断の場合は、必ず溶剤名の記入をお願いします。

※追加オプションを希望の場合は別紙「オプション検査のご案内」を参考に備考欄にご記入ください。

## 受診者名簿

※(希望時間・A9:00～・B9:30～・C10:00～・D10:30～ 11:30まで)

フリガナ 氏 名	性別	生年月日	保険種別	健康診断名	健診希望日時	備考欄 (追加オプションや特殊健診を記入)
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3	11/7・8・9・10 A・B・C・D	
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3	11/7・8・9・10 A・B・C・D	
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3	11/7・8・9・10 A・B・C・D	
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3	11/7・8・9・10 A・B・C・D	
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3	11/7・8・9・10 A・B・C・D	
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3	11/7・8・9・10 A・B・C・D	
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3	11/7・8・9・10 A・B・C・D	

※受診を希望される健康診断名の番号に○を付けてお申し込みください。

※健診希望日時を希望される方は、該当する箇所に○を付けてお申し込みください。

