

【 健康診断申込書 】

事業所名

担当者名

住 所 〒

T E L

F A X

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	協会けんぽ同内容健診(胃部あり)	会員全員対象	名
3	協会けんぽ同内容健診(胃部なし)	会員全員対象	名
4	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

※有機溶剤健康診断の場合は、必ず溶剤名の記入もお願いします。

※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・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 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。

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

※商工会ホームページに掲載しております、記入用エクセルシートもご利用いただけます。

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 (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・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	
	男・女	S・H . .	社保・国保 その他	1・2・3・4	11・12・13・14 A・B・C・D	