

健康診断申込書

申込日： 令和      年      月      日      ( F A X   0173-35-6337   西北労働基準協会   行 )      移動及び巡回申込締切日：2 月末まで

|                                      |  |     |   |                  |                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------|--|-----|---|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所                                  |  | 担当者 |   | 注<br>意<br>事<br>項 | ① 院内健診は予約制(午後受診のみ・1事業所1日あたり5名までの受付)。<br>【受付 月火木金13:30～15:30 (全曜日午前水土日祝不可)】<br>② 健診日程を変更いただく場合のみご連絡いたします。連絡がない場合は受付完了です。<br>③ 健診料については後日請求となります。当日の支払いをご遠慮ください。<br>④ 『健診受診の際の注意事項』を必ずご一読ください。 |
| 所在地                                  |  | TEL | - |                  |                                                                                                                                                                                              |
|                                      |  | FAX | - |                  |                                                                                                                                                                                              |
| 健診結果に『医師の意見聴取』を希望しますか。(す      る・しない) |  |     |   |                  |                                                                                                                                                                                              |

|               |                                     |        |                   |
|---------------|-------------------------------------|--------|-------------------|
| 巡 回 健 診 申 込 欄 | (希望日)      月      日      時      分～  | (受診者数) | (ご要望等)            |
|               | <input type="checkbox"/> 協会にすべて一任する | 名      | ※初診者用受診票(      枚) |

|            |                                                           |       |
|------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| 移動・院内健診申込欄 | ▼ ▼ ▼ ①②に該当の場合は名簿を提出(必須)してください。【①院内健診    ②移動健診でオプション等がある】 | ▼ ▼ ▼ |
|------------|-----------------------------------------------------------|-------|

|                                                                        |           |                                                          |              |                                                                |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |    |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|----|
| <input type="checkbox"/> 移動健診で受診、昨年と同様で協会にすべて一任する(以下の名簿記入は不要)          |           |                                                          |              |                                                                |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |    |
| <input type="checkbox"/> 移動健診で受診、受診者は昨年同様(オプション無)だが日程を希望する(以下の名簿記入は不要) |           |                                                          |              |                                                                |                                                                                                                                                                               | ①      月      日      時      分～      名                                                                                                                                                                                 | ②      月      日      時      分～      名 |                |    |
| 健診日                                                                    | ※必ず記入ください |                                                          |              | 検      査      項      目      (該当箇所には☑)                          |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                | 備考 |
|                                                                        | (フリガナ)氏名  | 性別                                                       | 生年月日         | 一般健診                                                           | オプション                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                       | 特      殊      健      診                |                |    |
| (院内・移動)月 日 時 分～                                                        | (      )  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 昭・平<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> Aコース<br><input type="checkbox"/> Bコース | <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体<br><input type="checkbox"/> 検便 <input type="checkbox"/> P S A <input type="checkbox"/> 胃 | <input type="checkbox"/> 有機(トルエン・キシレン・      ) <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿<br><input type="checkbox"/> 特化(エチル・メチル・スチレン・      ) <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛 |                                       |                |    |
| (院内・移動)月 日 時 分～                                                        | (      )  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 昭・平<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> Aコース<br><input type="checkbox"/> Bコース | <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体<br><input type="checkbox"/> 検便 <input type="checkbox"/> P S A <input type="checkbox"/> 胃 | <input type="checkbox"/> 有機(トルエン・キシレン・      ) <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿<br><input type="checkbox"/> 特化(エチル・メチル・スチレン・      ) <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛 |                                       |                |    |
| (院内・移動)月 日 時 分～                                                        | (      )  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 昭・平<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> Aコース<br><input type="checkbox"/> Bコース | <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体<br><input type="checkbox"/> 検便 <input type="checkbox"/> P S A <input type="checkbox"/> 胃 | <input type="checkbox"/> 有機(トルエン・キシレン・      ) <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿<br><input type="checkbox"/> 特化(エチル・メチル・スチレン・      ) <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛 |                                       |                |    |
| (院内・移動)月 日 時 分～                                                        | (      )  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 昭・平<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> Aコース<br><input type="checkbox"/> Bコース | <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体<br><input type="checkbox"/> 検便 <input type="checkbox"/> P S A <input type="checkbox"/> 胃 | <input type="checkbox"/> 有機(トルエン・キシレン・      ) <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿<br><input type="checkbox"/> 特化(エチル・メチル・スチレン・      ) <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛 |                                       |                |    |
| (院内・移動)月 日 時 分～                                                        | (      )  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 昭・平<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> Aコース<br><input type="checkbox"/> Bコース | <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体<br><input type="checkbox"/> 検便 <input type="checkbox"/> P S A <input type="checkbox"/> 胃 | <input type="checkbox"/> 有機(トルエン・キシレン・      ) <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿<br><input type="checkbox"/> 特化(エチル・メチル・スチレン・      ) <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛 |                                       |                |    |
| (ご要望等)      ※初診者用受診票(      枚)                                          |           |                                                          |              |                                                                |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                       |                                       | * 事務局欄 *    担当 |    |

# 健診受診の際の注意事項

(一社)西北労働基準協会

## 移動健診

1. 移動健診の受診票は昨年の受診者分を送付いたします。退職者の分は適切に処分ください。
2. **感染症防止のため、時間割指定**となります。密を避けるため指定時間内にお越しください。  
朝一の時間帯は、ご希望が多いためご要望に添えない場合がございます。**申込順とさせていただきます**のでお早目のお申込みをお勧めいたします。ご理解とご協力をお願いします。
3. オプション検査ご希望の場合は、受診日の10日前までに予め名簿の提出をお願いします。移動健診等においても同時に受診可能ですが、事前予約が必要です。  
ただし、**胃・じん肺検査は、院内健診に限り**ます。(胃検査希望の場合に限り午前受診・要予約)
4. 巡回健診対象事業所については、後日健診日程を調整し決定いたします。
5. 増田病院以外の健診機関で受診される事業所については、後日ご連絡いたします。

## 院内健診

1. 4月～7月はできる限り移動健診の日程で受診ください。
2. 院内受診の受付時間は次のとおりです。(午後受診のみ・1事業所1日あたり5名までの受付)  
**【受付 月(火)木(金)13:30～15:30 (全曜日午前(水)土(日)祝不可)】**
3. 院内健診は**予約が必要**です。予約せずに直接受診されますと、会員扱いとならない場合が発生いたしますので、必ずご連絡ください。  
**【インターネット健診予約サイトを開設しました。】** <https://reserva.be/seihokurouki>
4. 院内健診の場合、**予め名簿を提出**いただきます。インターネット・FAXをご利用ください。
5. 受診票は受診時に病院受付にて配布いたします。(事前発送ご希望の際はご連絡ください)
6. 健診日程を変更いただく場合のみご連絡いたします。**連絡がない場合は受付完了です。**

## 受診時

1. 受診の時間帯は、決められております。時間内での受診をお願いします。  
特に院内健診では、外来患者が優先となります。ご予約された場合でも待ち時間等がございますことをご理解ください。
2. 受診前には、ご自身で受けるコース・項目をご確認ください。
3. レントゲン撮影の際は、上半身は薄手のTシャツ(プリント・刺繍・ボタン・金具等のないもの)を着用ください。
4. 採血をされる方は、**受診前の飲食等は控えてください。**(午前受診時⇒朝食×、午後受診時⇒昼食×)

## 会計

1. 会場・病院でのお支払いはご遠慮ください。
  2. 健診料は、後日請求書を発送いたします。請求日から60日以内に納付ください。  
注1)
  3. お支払方法⇒①郵便振替(振込手数料当方負担) ②銀行振込(振込手数料貴社負担) ③事務所窓口
- 注1)** 郵便局で10万円を超える送金時には、郵便局窓口にて「取引時確認」のお手続きが必要となります。
- ※郵便振替用紙の分割発行は致しかねます。ご了承ください。**