

健康診断申込書

申込日: 令和 年 月 日 (FAX 0173-35-6337 西北労働基準協会 行)

↓↓健診サイト↓↓

● 申込書は健診日ごとに作成ください。(申込書はコピー可)

区分	健診日	時間	受診者数	受診票 (初診者用)
<input type="checkbox"/> 移動 (2月末迄切)	月 日	時 分 ~	名	※移動のみ記入 枚
<input type="checkbox"/> 院内 (受診日の3日前迄切)		<input type="checkbox"/> 分割して受診		

事業所		担当者	
所在地		TEL	-
		FAX	-



- 連絡事項
- ① 移動受診の日程は『別紙①』を参照しお申込みください。【オプションがなく、受診者も昨年と変更がない場合は名簿の提出は不要】
 - ② 院内受診は予約制(午後受診のみ・1事業所1日あたり5名までの受付)。【受付 月火木金13:30~15:30 (全曜日午前水土日祝不可)】
 - ③ 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。 移動 日程と受診票を後日送付。 院内 健診日に増田病院へ。受付へ会社名とお名前を申出ください。
 - ④ 健診料については後日請求となります。当日の支払いはご遠慮ください。請求書発行後は、当協会窓口又はお振込(送金手数料等は貴社負担)ください。
 - ⑤ 採血をされる方は、受診前の飲食等は控えて(3時間以上)ください。また、レントゲン撮影時は薄手のTシャツ(プリント・刺繍・ボタン・金具等のないもの)を事前に着用しご準備ください。
 - ⑥ 『健診受診の際の注意事項』を必ずご一読ください。健診サイトより、注意事項や申込書がダウンロードできます。受診者への周知をお願いします。
 - ⑦ 巡回事業場並びに全日本労働福祉協会での受診事業所には個別でご連絡いたします。(この申込書の提出は不要)
- ※直接増田病院へお申込みの場合、会員扱いとならない場合がありますのでご注意ください。

↓↓↓ 院内受診・オプション希望の場合は必ず記入ください ↓↓↓			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		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体 <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・ 特化(エチル・メチル・スチレン・	<input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体 <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・ 特化(エチル・メチル・スチレン・	<input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体 <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・ 特化(エチル・メチル・スチレン・	<input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体 <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・ 特化(エチル・メチル・スチレン・	<input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略

(ご要望等)

事務局欄 担当

健康診断申込書

申込日: 令和〇年〇月〇日

(FAX 0173-35-6337 西北労働基準協会 行)

記載例

● 申込書は健診日ごとに作成ください。(申込書はコピー可)

区分	健診日	時間	受診者数	受診票 (初診者用)
<input checked="" type="checkbox"/> 移動 (2月末迄切)	4月5日	9時30分～	5名	※移動のみ記入
<input type="checkbox"/> 院内 (受診日の3日前迄切)		<input type="checkbox"/> 分割して受診		1枚

事業所	●●●● 株式会社	担当者	青森
所在地	五所川原市××××99-99	TEL	34-5678
		FAX	34-9876



★4月～7月はできる限り移動健診の日程で受診ください
★オプション希望の場合は名簿を提出ください
★院内は必ず予約が必要です(名簿提出【必須】)

★移動健診
健診日程『別紙①』より選択
★院内健診
ご希望の日程を記入
午前、(水)、(土)、(日)、祝日は不可
(変更時のみ連絡。連絡がない場合は受付完了)

★移動健診
健診日程『別紙①』の受付時間内で記入
時間を分割したい場合は☑を。時間配分は協会一任でお願いします
★院内健診
受付時間は13:30～15:30

★移動健診で受診する場合のみ記入
新規雇入れ等で初めて受診される方の人数
白紙の受診票を同封しますので、名前・生年月日等ご記入しご利用ください

健診サイト(HP)よりご案内、申込書、注意事項をダウンロード及び健診情報を確認できます
健診日程など変更を伴う場合がございますので、受診前にご確認ください

フリガナ		性別	生年月日	検査項目 (該当箇所☑)			備考
氏名				一般健診	オプション	特殊健診	
セイホク タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男	昭・平	〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/> Aコース	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 蜂抗体	<input type="checkbox"/> 有機(トルエン・キシレン・) <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿	<input type="checkbox"/> X線省略
西北 太郎	<input type="checkbox"/> 女	昭・平		<input checked="" type="checkbox"/> Bコース	<input checked="" type="checkbox"/> 検便 <input type="checkbox"/> P S A <input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 特化(エチル・メチル・スレン・) <input type="checkbox"/> 溶接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略
						<input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿	<input type="checkbox"/> X線省略
						<input type="checkbox"/> 接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略
						<input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿	<input type="checkbox"/> X線省略
						<input type="checkbox"/> 接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略
						<input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 石綿	<input type="checkbox"/> X線省略
						<input type="checkbox"/> 接ヒューム <input type="checkbox"/> 鉛	<input type="checkbox"/> X線省略

★ 院内・オプション検診の場合は、必ず名簿(任意様式でも可)を提出ください。

★ 移動健診でオプションがない場合は、名簿の提出は不要です。

★ 受診票は、昨年度受診者分を送付します。(移動健診に限る。)

○退職者 → 適切に(シュレッター等)処分してください。

○新規雇用者・受診票がない方の場合 → 白紙の受診票を利用し手書きでご利用ください。

○白紙の受診票が不足 → 当日、受付時にご記入し受診ください。

(ご要望等)

事務局欄 担当