

出向健康診断申込書

※下記の必要事項をご記入のうえ、当院へFAXにてお申し込みください。確認後、担当より折り返しご連絡いたします。

事業所名称			
加入健康保険組合	☐ 全国健康保険協会（協会けんぽ） ☐ 健康保険組合名（ ）		
ご住所①	〒		
TEL		FAX	
E-mailアドレス	@		
ご担当者	フリガナ 氏 名	部課名	

◆お願い

機器の故障防止のため、機器耐荷重性能に合わせ、**135Kgまでの**体重制限を設けております。（胃バリウム・身体計測ともに）
制限体重を超えられる方につきましては、お手数ですが、施設内で健診を受けていただきますようお願いいたします。

◆健康診断内容等

健診実施会場 実施形態	☐ 住所① ☐ その他（ ）				
	☐ 他事業所と合同実施 事業所名称（ ） 実施場所の確保は事業所様間での調整をお願いいたします。				
希望時期	・ 第一希望 月 （ 上旬 / 中旬 / 下旬 ） 日程数： 日	その他：希望の曜日など			
※希望時期は申込日の2 ～3ヶ月程度先を選択し てください。	・ 第二希望 月 （ 上旬 / 中旬 / 下旬 ） 日程数： 日				
	・ 第三希望 月 （ 上旬 / 中旬 / 下旬 ） 日程数： 日				
健診コース		オプション検査			
協会けんぽ	（生活習慣病健診）※年度内35歳以上	名	子宮頸がん検診※1	名	※1 原則「健診+子宮頸がん・乳がん検査」の場合、健診は出向、子宮・乳がん検査のみ施設内実施となります。 ※2 付加健診は全ての検査を施設内で実施します。
A コース	（協会けんぽと同等）	名	乳がん検診※1	名	
B コース	（法定定期健診）	名	付加健診※2	名	
C コース	（採血なし省略健診）	名	その他のオプション	☐ HbA1c ☐ 前立腺がん ☐ ピロリ菌	☐ その他（ ）
特定従事者業務コース	（深夜業等）	名			
上記以外のコース	（ ）	名	合計	名	内 外国籍 名
	（ ）	名			または ☐ 無し

特殊健康診断・予防接種に関しましては、お申込用紙は不要です。別途ご連絡ください。 通訳が必要な場合は事業所様にてご手配をお願いいたします。

案内送付先	☐ 住所①へ送付		
健診結果送付先	☐ その他 住所：〒		
請求書送付先	ご担当者：（ ） TEL：（ ）		
前年度の受診者名簿 （当院の受診者一覧） を希望しますか	☐ はい ☐ いいえ（事業所の様式で提出）	結果送付時に精密検査外来※の案内を希望しますか ※内科系再検査の方専用の完全予約制外来	☐ はい ☐ いいえ
ご意見・ご要望			

申込書は 当院〈FAX：053-576-2048〉へ送信してください

市立湖西病院
健診センター

〒431-0431 静岡県湖西市鷺津2259番地の1

TEL 053-576-1232

FAX 053-576-2048

※ご記入に際し、ご不明な点などはお気軽にお問い合わせください。