

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	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ） <input type="checkbox"/> 健康保険組合名（ ）		
ご住所①	〒		
T E L		F A X	
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	<input type="checkbox"/> 住所① <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	<input type="checkbox"/> 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）※年度末35歳以上	名	子宮頸がん検診※1	名
協会けんぽ	（一般）年度末20,25,30歳	名	乳がん検診※1	名
A コース	（協会けんぽと同等）	名	骨粗鬆症検診※1	名
B コース	（法定定期健診）	名	節目健診(旧付加)※2	名
C コース	（採血なし省略健診）	名	胃カメラ変更※1※3	名
特定従事者業務コース	（深夜業等）	名	その他のオプション	<input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> ピロリ菌
上記以外のコース	（ ）			<input type="checkbox"/> その他（ ）
	（ ）	名	合計	名 内 外国籍 名

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	<input type="checkbox"/> 住所①へ送付		
健診結果送付先	<input type="checkbox"/> その他 住所：〒		
請求書送付先	ご担当者：（ ） TEL：（ ）		
結果送付時に精密検査外来のご案内を受診者様の結果に同封いたします。※内科系再検査の方専用の完全予約制外来です。ご了承ください。	前年度の受診者名簿 （当院の受診者一覧） を希望しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（事業所の様式で提出）	
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。