

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。

お申込日： 年 月 日

◆お客様情報

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	〒		
TEL		FAX	
E-mailアドレス	@		
ご担当者	フリガナ 氏名		部課名

◆健康診断内容等

※他事業所と合同実施：実施場所の確保は当院では致しかねますので、事業所様間のご調整をお願いいたします。

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"/> 単独	
	<input type="checkbox"/> 他事業所と合同実施※ 事業所名称（ ）	
希望時期 <small>※ご予約準備期間として、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。</small>	・第一希望	月（上旬 / 中旬 / 下旬） 日程数： 日
	・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
	<備考> 特にご都合の悪い曜日や日程等があれば備考欄にご記入ください。	
対象者	・全体人数 名（男性： 名・女性： 名） 【巡回健診時お願い】 機器の故障防止のため、機器耐荷重性能に合わせ、下記のとおり体重制限を設けていただいております。 ・胃部レントゲン検査：100kgまで（施設内：135kgまで） ・身体測定：120kgまで（200kgまで） 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。	
	・外国籍者の有無（≒通訳の必要性） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（人数： 名・国籍名： ） ※片言の翻訳機は必要に応じて持参が出来ますが、混雑を避けるため、通訳の必要がある場合は、事業所様にてご手配をお願いします。	

健診コース		予定人数	健診コースへの追加検査	備考
当院 所定 コース	Aコース（生活習慣病健診）			
	Bコース（法定定期健診）			
	Cコース（採血なし省略健診）			
	特定従事者業務コース（深夜業等）			
協会 けん ぽ	一般健診	名		
	オプション検査	子宮頸がん検診	名	※オプション検査は施設内で検査を受けていただきます。
		乳がん検診	名	
		付加健診	※付加健診は施設内健診のご予約をお願いいたします。	
特殊 健診	有機溶剤健診	名	うち新規 名	溶剤名：
	特化物健診	名	うち新規 名	溶剤名：
	鉛健診	名	うち新規 名	

資料送付先 (問診票・検体容器等)	<input type="checkbox"/> 住所①へ送付	
	<input type="checkbox"/> その他 住所：〒	担当者名：（ ） TEL：（ ）
健診結果送付先 (本人用・事業所控)	<input type="checkbox"/> 住所①へ送付	
	<input type="checkbox"/> その他 住所：〒	担当者名：（ ） TEL：（ ）
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 住所①へ送付	
	<input type="checkbox"/> その他 住所：〒	担当者名：（ ） TEL：（ ）
連絡欄 (ご意見・ご要望など)		

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。