

健康診断受診申込書

(平成 年 月 日)

●会社名

●申込責任者
氏 名

(〒 -)

●所在地

●電話 - -

■健康診断

●健康保険記号

- ①事業者健診34歳以下及び36歳～39歳(2,730円) ②事業者健診35歳・40歳以上(6,825円)
③生活習慣病予防健診(午前のみ) 35歳以上の健康保険被保険者(6,820円)

■下記の通り(計 名)の健康診断を申し込みます。(※該当する健診に○を記入して下さい。)

番号	(フリガナ) 受診者氏名	生年月日	性別	健康診断		労働安全衛生規則		被保険者 番号	③生活習慣病 予防健診
				希望日	時間帯	①事業者健診	②事業者健診		
1		S H	男 女	月 日	午前 ・ 午後				
2		S H	男 女	月 日	午前 ・ 午後				
3		S H	男 女	月 日	午前 ・ 午後				
4		S H	男 女	月 日	午前 ・ 午後				
5		S H	男 女	月 日	午前 ・ 午後				
6		S H	男 女	月 日	午前 ・ 午後				
7		S H	男 女	月 日	午前 ・ 午後				
8		S H	男 女	月 日	午前 ・ 午後				
9		S H	男 女	月 日	午前 ・ 午後				
10		S H	男 女	月 日	午前 ・ 午後				

■受診者が多い場合は、必要枚数をコピーするか別紙にご記入ください。

■健康保険番号は、③生活習慣病予防健診申込者のみ記入してください。

■記入された申込書は、下記宛にFAXされるか、またはご郵送ください。

■この申込書は健康診断受診の目的以外には使用いたしません。

■巡回健診を希望される企業の方は、柳川労働基準協会又は医療情報健康財団までご連絡をお願いします。(20名)

■健診日程等は、健診実施機関にて調整させていただきますのでご了承ください。

■申込先 FAX 0944-73-3030

柳川労働基準協会(柳川商工会館内) Tel:0944-73-7000 〒832-0045柳川市本町117-

■問合せ先 一般財団法人 医療情報健康財団

健診実施機関 〒839-0807 福岡市博多区店屋町4-15 Tel:092-272-6421 Fax:092-271-6422