

健康診断受診申込書

(平成 年 月 日)

●会社名

(ー)

●所在地

●申込責任者

氏 名

●電話

ー ー

④生活習慣予防健診を希望される事業所のみ記入お願いします。

■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

③特殊健診【1.じん肺 2.有機溶剤(溶剤名を記入お願いします)】

②事業者健診 35歳・40歳以上

④生活習慣病予防健診 35歳以上の健康保険被保険者

(※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			生活習慣病予防健診	
				希望日	一般健診			特殊健診 種 別	④	被保険者 番 号
					①	②	③			
1		S H	男 女	月 日				1. じん肺 2. 有機溶剤 ()		
2		S H	男 女	月 日				1. じん肺 2. 有機溶剤 ()		
3		S H	男 女	月 日				1. じん肺 2. 有機溶剤 ()		
4		S H	男 女	月 日				1. じん肺 2. 有機溶剤 ()		
5		S H	男 女	月 日				1. じん肺 2. 有機溶剤 ()		
6		S H	男 女	月 日				1. じん肺 2. 有機溶剤 ()		
7		S H	男 女	月 日				1. じん肺 2. 有機溶剤 ()		
8		S H	男 女	月 日				1. じん肺 2. 有機溶剤 ()		
9		S H	男 女	月 日				1. じん肺 2. 有機溶剤 ()		
10		S H	男 女	月 日				1. じん肺 2. 有機溶剤 ()		

■記入された申込書は、下記宛にFAXされるか、又はご郵送ください。

■健康保険番号は、④生活習慣病予防健診申込者のみ記入してください。

■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。

■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。

■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。

※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117-2

■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