

定期健康診断・生活習慣病 健診申込書

事業所名 <small>カナ</small> _____	担当者名
所在地 〒 _____	事業主名 (職名) (印)
	TEL _____ FAX _____
	御担当者様等 メールアドレス _____
産業医 医療機関名 _____	産業医氏名 _____
産業分類(どんな仕事をしているか、具体的にお書き下さい。)	
健診希望時期 月 上・中・下旬 / 時間帯：午前・午後	

★受診人数を記入して下さい。					
健診の種類 (金額は消費税別)	男	女	計	オプション検査 (5頁参照)	人数
定健健康診断A ￥8,000					
省略定期健康診断B ￥2,500					
生活習慣病[A]10項目 ￥16,000					
生活習慣病[B]20項目 ￥16,400					
生活習慣病[C]26項目 ￥16,600					
生活習慣病[D]30項目 ￥17,400					
特定業務従事者健診 (㊟)				㊟ 定期健康診断Aと同じ項目となります。	
●全国健康保険協会「協会けんぽ」				申込済	

○健診可能土曜日 有 ・ 無 / 全土曜日可 ・ 第 () 土曜日可 ・ 第 () 土曜日可

○不都合な曜日等

○派遣会社受診希望 有 ・ 無 ○健診車(2台)駐車 可能 ・ 不可能

その他希望事項

備考

事業所付近の略図 	上記の通り申し込みます。 令和 年 月 日 一般社団法人 諏訪労働基準協会長 殿 FAX 0266-22-2067
------------------------------	---

- ☆労働者50人未満で産業医を選任していない事業場は、産業医の氏名等欄は必要ありません。
- ☆支店・営業所・工場等所在地が異なる場合は、所在地区毎にコピーして作成して提出して下さい。
- ☆定期健康診断における胸部X線検査の省略のご連絡がない事業所様は、胸部X線検査を実施致します。

*健診機関記入欄

--	--	--	--

特殊健康診断申込書

事業所名 <small>カナ</small> _____	担当者名
所在地 〒 _____	事業主名 (職名) ㊞
	TEL _____ FAX _____
	御担当者様等 メールアドレス _____
産業医 医療機関名 _____	産業医氏名 _____
産業分類(どんな仕事をしているか、具体的にお書き下さい。)	
健診希望時期 月 上・中・下旬 / 時間帯：午前・午後	

★有機溶剤については、使用する有機溶剤の種類別に受診人数を記入して下さい。(8頁上段参照)

健康診断の種類	受診人数	健康診断の種類	受診人数
粉じん			

○健診可能土曜日 有・無 / 全土曜日可・第()土曜日可・第()土曜日可

○不都合な曜日等

○派遣会社受診希望 有・無 ○健診車(2台)駐車 可能・不可能

その他希望事項

備考

事業所付近の略図 	上記の通り申し込みます。 令和 年 月 日 一般社団法人 諏訪労働基準協会長 殿 FAX 0266-22-2067
------------------------------	---

☆労働者50人未満で産業医を選任していない事業場は、産業医の氏名等欄は必要ありません。
 ☆支店・営業所・工場等所在地が異なる場合は、所在地区分毎にコピーして作成して提出して下さい。

*健診機関記入欄

--	--	--	--	--