

令和 年度

職場健診申込書

浅間総合病院 健康管理係

直通FAX 0267-67-3320

- ・35歳未満
- ・保険未加入者
- ・75歳以上

* 団体登録番号 (記入不要)

事業所所在地 〒

事業所名称

担当者名

電話番号

FAX番号

受付

予約

職場健診のコースは下記よりお選び下さい。

コース/内容	内科診察・計測・検尿	採血	胸部X線	視力	聴力	心電図	検便	金額(税抜)	10%税込
A	○	-	-	-	-	-	-	3,460	3,806
特定3	○	○10項目	-	-	-	-	-	7,480	8,228
労安法	○	○7項目	○	○	○	○	-	11,730	12,903
C	○	○10項目以上	○	○	○	○	○	13,670	15,037

* 計測は身体測定・血圧測定となります。

保険者番号		記号		↓ 希望する内容をご記入ください						健診	健診日	備考
保険証 の番号	フリガナ	性別	生年月日	コース	追加 項目など	↓ 初めてのの方は住所・電話番号をご記入ください。	希望日		決定したら記入			
	氏名						年	月			日	年
診察券番号		男・女	昭 年 月 日			〒 住所 電話番号	令和	年	令和	年		
診察券番号		男・女	昭 年 月 日			〒 住所 電話番号	令和	年	令和	年		
診察券番号		男・女	昭 年 月 日			〒 住所 電話番号	令和	年	令和	年		

