

令和\_\_\_\_年度

- ・35歳未満
- ・保険未加入者
- ・75歳以上

職場健診申込書

浅間総合病院 健康管理係

直通FAX 0267-67-3320

\*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

※該当する項目を☑(チェック)してください。

①健診のお知らせ(案内)の郵送先

- 事業所へ郵送
- 個人宅へ郵送

②健診料金のお支払い

- 当日支払い
  - 会社請求
  - 健診結果控えを会社へ送付希望  
(会社請求の場合のみ対応可)
- (注) 1通あたり110円かかります。

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。

↓希望する内容をご記入下さい。

保険者番号		記号		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。	健診希望日	健診日 ※病院記入欄	備考
保険証の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日						
診察券番号		男・女・平	昭・年 月 日			〒 住所 電話番号	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
診察券番号		男・女・平	昭・年 月 日			〒 住所 電話番号	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
診察券番号		男・女・平	昭・年 月 日			〒 住所 電話番号	令和 年 月 日	令和 年 月 日	

