

2022年度

健康診断申込書

【お申込み方法】

- ①以下の必要事項をご記入ください。
 ②受診者様情報は別紙『健康診断受診者名簿』にご記入ください。
 ③ご記入後は、申込書と受診者名簿を弊社へFAXをお願いします。

お申込日： 年 月 日

▼お客様情報

| | | |
|-------------|-----------------|-----------|
| 事業所名称 住所 | 部署名 | |
| | (フリガナ) | |
| | ご担当者名 | 印 |
| | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| 加入健康保険組合 | 全国健康保険協会 [] 支部 | 保険証記号 () |
| 従業員数 | 名 (男性: 名・女性: 名) | |

▼健康診断内容等

| | | | | |
|-------|---|-----------------|----|----------|
| 受診場所 | ■ 新潟県健康管理協会 健康会館 | | | |
| 希望月 | ・ 第一希望 月 ・ 第二希望 月 ※ご受診をお急ぎの際は、事前に弊社までお問い合わせください。 | | | |
| 受診コース | 健康診断の種類 | 対象(2022年4月1日時点) | 人数 | 料金(税込) |
| | 人間ドック | - | 名 | 41,800 円 |
| | 差額ドック (協会けんぽ補助利用) | 35歳～74歳 | 名 | 30,104 円 |
| | 協会けんぽ 生活習慣病予防健診 | 35歳～74歳 | 名 | 7,169 円 |
| | Aコース (労働安全衛生法に基づく内容) | - | 名 | 8,360 円 |
| | Cコース (Aコースの血液項目を充実させた内容) | - | 名 | 11,000 円 |
| | 協会けんぽ 子宮頸がん検診 | 20歳～74歳の偶数年齢 | 名 | 1,039 円 |
| | 協会けんぽ 乳がん検診 (マンモグラフィ検査 2方向) | 40歳～49歳の偶数年齢 | 名 | 1,686 円 |
| | 協会けんぽ 乳がん検診 (マンモグラフィ検査 1方向) | 50歳～74歳の偶数年齢 | 名 | 1,086 円 |
| | 協会けんぽ 付加健診 | 40歳・50歳 | 名 | 4,802 円 |
| | | 名 | 円 | |
| | | 名 | 円 | |
| | | 名 | 円 | |
| 書類送付先 | ※受診票・結果票等の書類送付先が上記住所と異なる場合のみ、以下へご記入ください。 〒 - ご担当者名 () 電話番号 () | | | |
| お支払方法 | <input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日、請求書にてお振込み | | | |

▼連絡欄 (ご意見・ご要望など)

| |
|--|
| |
|--|

申込書・受診者名簿は 弊社〈FAX : 025-283-3974〉へ送信してください



〒950-0965 新潟市中央区新光町11番地1
 TEL 025-245-4455 FAX 025-283-3974
 ※ご記入に際し、ご不明な点などはお気軽にお問い合わせください。

健康診断受診者名簿

● 下表に健康診断の受診者様情報をご記入の上、別紙『健康診断申込書』と併せて弊社まで F A Xをお願いします。

事業所名称：

ご担当者名：

| No | 保険証 番号 | フリガナ 氏 名 | 性別 | 生 年 月 日 | 保険証 加入区分 | 受 診 コ ー ス | 備 考 | 健診希望日 | | 決定日 |
|----|-----------|-------------|--------|---------|-----------------|-----------|-----|--------------------|--------------------|---------|
| | | | | | | | | 第 1 希 望 | 第 2 希 望 | |
| 1 | | | 男 女 | 昭 平 | 本人 配偶者 家族 | | | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () |
| 2 | | | 男 女 | 昭 平 | 本人 配偶者 家族 | | | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () |
| 3 | | | 男 女 | 昭 平 | 本人 配偶者 家族 | | | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () |
| 4 | | | 男 女 | 昭 平 | 本人 配偶者 家族 | | | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () |
| 5 | | | 男 女 | 昭 平 | 本人 配偶者 家族 | | | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () |
| 6 | | | 男 女 | 昭 平 | 本人 配偶者 家族 | | | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () |
| 7 | | | 男 女 | 昭 平 | 本人 配偶者 家族 | | | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () |
| 8 | | | 男 女 | 昭 平 | 本人 配偶者 家族 | | | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () |
| 9 | | | 男 女 | 昭 平 | 本人 配偶者 家族 | | | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () |
| 10 | | | 男 女 | 昭 平 | 本人 配偶者 家族 | | | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () AM ・ PM | 月 日 () |

申込書・受診者名簿は 弊社〈FAX：025-283-3974〉へ送信してください