

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会へ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	健康保険組合名称 [ ]	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、事前に弊会までお問い合わせください。			
受診コース	人間ドック	名	料金： 41,800 円 (税込)	
	Aコース (労働安全衛生法に基づく内容)	名	料金： 8,360 円 (税込)	
	Cコース (Aコースの血液項目を充実させた内容)	名	料金： 1,100 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
	オプション検査	子宮がん検診	名	※ご加入の健康保険組合により 料金が異なる場合がございます。
		乳がん検診	名	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
		名	料金： 円 (税込)	
	名	料金： 円 (税込)		
	名	料金： 円 (税込)		
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 弊会〈FAX：025-283-3974〉へ送信してください



一般社団法人

新潟県健康管理協会

〒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



一般社団法人  
新潟縣健康管理協会

〒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。