

電話:0172-26-0663

健康診断申込書

FAX:0172-29-1226

令和8年 月 日

事業所名			
所在地			
連絡先	電話()	FAX()	
担当者	部署:	氏名:	

●日程欄

実施場所	<input type="checkbox"/> 自社(巡回)	<input type="checkbox"/> 集合健診会場 (月)	<input type="checkbox"/> 協会一任
希望時期	月(<input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬)頃		
	<input type="checkbox"/> AM (時 分)	<input type="checkbox"/> PM (時 分)	<input type="checkbox"/> 協会一任

※実施日、時間につきましては後日、担当者より連絡の上調整させていただきます。

※地域、申込状況により受診希望月に実施できない場合がありますのでその際はご了承ください。

1. 定期健康診断

	健診料(税込み)	該当年齢	受診者数
定期 A	9,350円	35歳と40歳以上	名
定期 B	3,960円	上記以外	名
雇入時	9,350円	新規採用者	名
協会けんぽ※ ¹	5,500円	35歳～74歳の方	名

※¹ 胃部レントゲン検査は必須

ストレスチェック支援サービス	受診者数 名	インフルエンザ予防接種	接種人数(見込み) 名
----------------	--------	-------------	-------------

2. 有機溶剤健康診断 (グループ名及び有機溶剤名称につきましては、グループ表を参考にしてください。)

グループ名	有機溶剤名称	受診者数
		名
		名

3. その他の特殊健康診断(下記に該当しない場合は空欄に検査名をご記入下さい。)

特殊健診・検査名等	受診者数	特殊健診・検査名等	受診者数	特殊健診・検査名等	受診者数
<input type="checkbox"/> じん肺	名	<input type="checkbox"/> 振動工具	名	<input type="checkbox"/> スチレン	名
<input type="checkbox"/> 鉛	名	<input type="checkbox"/> 情報機器(配置前)	名	<input type="checkbox"/> エチルベンゼン	名
<input type="checkbox"/> 溶岩ヒューム	名	<input type="checkbox"/> 情報機器(39歳以下)	名	その他()	名
<input type="checkbox"/> 騒音	名	<input type="checkbox"/> 情報機器(40歳以上)	名	その他()	名

4. オプション検査(空欄に検査名をご記入下さい。)

オプション名	受診者数	オプション名	受診者数	オプション名	受診者数
	名		名		名

★備考欄(ご要望がございましたら、下欄にご記入ください。)

--