

健 診 セ ン タ ー 健 康 診 断 申 込 書

平成 年 月 日

事業所名											
所在地	〒										
電話番号			FAX番号								
健保組合	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ）		<input type="checkbox"/> その他健保組合（ 健康保険組合 ）								
E-mailアドレス	@										
担当者部課名			担当者氏名								
緊急連絡担当者	フリガナ										
	氏名	TEL									
※所見によっては緊急に医療機関の受診をお勧めする場合がありますので、事業団から緊急連絡をお伝えする際のご担当者をご記入ください。（ご記入なき場合には、上記担当者様を緊急連絡担当者としてさせていただきます。）											
健診実施会場	公益財団法人埼玉県健康づくり事業団 健診センター 〒355-0133 埼玉県比企郡吉見町大字江和井410-1										
希望健診日	※受付時間は下記の時間帯からお選びください										
	①8:30~9:00 ②9:30~10:00 ③10:30~11:00 ④11:00~11:30										
		①	人	②	人	③	人	④	人	計	人
		①	人	②	人	③	人	④	人	計	人
		①	人	②	人	③	人	④	人	計	人
		①	人	②	人	③	人	④	人	計	人
ご注意	①～③までの時間帯は、胃部X-P及び婦人科検診を実施される受診者が優先となります。 定期健康診断（胃XP・婦人科検診無し）受診をご希望の場合、④の11:00からのご案内となります。 必ず事前にお電話にて確認の上、ご予約をしてください。定員になり次第、締め切りますのでご了承ください。 ご予約・お問い合わせ：公益財団法人埼玉県健康づくり事業団 TEL：0493-81-6128										
健診の種類	予定人数	年齢区分		追加検査	予定人数						
	人				人						
	人				人						
	人				人						
	人				人						
特殊健診の種類	予定人数	個人票	初回個人票	備考							
	人	枚	枚								
	人	枚	枚								
□にシ点チェックを入れて選択してください											
健康診断結果報告方法	<input type="checkbox"/> 実施日ごとの宅配		<input type="checkbox"/> 実施月ごとの宅配								
	<input type="checkbox"/> 一括して宅配		<input type="checkbox"/> 当事業団事務所へ直接受け取り								
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 後日請求書にてお振込		<input type="checkbox"/> 健診当日お支払								
受診証明書発行	<input type="checkbox"/> 受診証明書発行希望（1通につき1,080円いただきます）										
【結果送付について】 上記の事業所名・所在地欄の記載内容を基に、結果は送付いたします。他の送付先をご希望の場合、下記通信欄へご記入下さい											
【通信欄】											

受診者名簿

事業所名

(記入例)

健診日	受付時間	氏名	フリガナ	性別	年齢	生年月日	備考
12/10(月)	8:30	健康 たけし	ケノリ タケシ	男	40	S52.8.15	生活習慣病
12/11(火)	9:30	健康 花子	ケノリ ハナコ	女	26	H4.4.20	定期健診

※漏れなくご記入をお願いします。

※健診項目が異なる場合には、備考にご記入ください。

※火曜日はレディースデーです。乳がん・子宮がん検診をご希望の方は火曜日となります。

健診日	受付時間	氏名	フリガナ	性別	年齢	生年月日	備考