

## 事業所健診受診申込書

|                |         |  |       |  |
|----------------|---------|--|-------|--|
| 事業所番号          |         |  |       |  |
| 事業所名<br>及び代表者名 |         |  |       |  |
| 所在地            | 〒 _____ |  |       |  |
| 連絡先            | TEL :   |  | FAX : |  |
| 担当者名           |         |  |       |  |

## 1 健診機関

\* ご希望の健診機関に○をつけてください。

|      |                          |               |                |
|------|--------------------------|---------------|----------------|
| 健診機関 | ハ ー テ ィ 2 1              | 島 田 ク リ ニ ッ ク | 尼崎新都心病院健診センター  |
|      | 兵庫県予防医学協会                | カーム尼崎健診プラザ    | 谷田クリニック (旧明医会) |
|      | ハ-ティ21の出張合同健診 ※日程・詳細、未定。 |               |                |

## 2 健診内容

\* ご希望のセットに受診者数をご記入ください。

\* 35歳及び40歳以上の方は、労働安全衛生法で義務付けられていますので、必ずAセットを受診してください。その他の方は、どちらかお選びください。

\* Bセット及び項目の変更等については、産業医もしくは医師が認めた場合にのみご利用が可能です。(事前に産業医もしくは医師に可否の判断をいただいでください。)

| 定期健診    | 健診項目  | 受診者数   |
|---------|---|--------|
| A セ ッ ト | 身長・体重・ <u>腹囲</u> ・視力・血圧・検尿(糖・蛋白)・内診   | 会 員: 人 |
|         | 聴力(1000HZ・4000HZ)・胸部X線撮影  | 非会員: 人 |
|         | <u>血液検査10種目&lt;肝機能検査(血液3種類)・貧血(血液2種類)</u>   | 合 計: 人 |
|         | <u>脂質検査(血液3種類)・血糖・HbA1c</u> > <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">下線の項目は、<br/>Aセットのみ</span> |        |
| B セ ッ ト | 身長・体重・視力・血圧・検尿(糖・蛋白)・内診   | 会 員: 人 |
|         | 聴力(1000HZ・4000HZ)・胸部X線撮影  | 非会員: 人 |
|         | 合 計:  | 人      |
| 合 計     |   | 会 員: 人 |
|         |   | 非会員: 人 |
|         |   | 合 計: 人 |

※ 健診日程調整のため、健診期間中でご希望の日時があればご記入ください。

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| ① 月 日 ( 曜日 ) 午前 時~午後 時まで | ② 月 日 ( 曜日 ) 午前 時~午後 時まで |
| ③ 月 日 ( 曜日 ) 午前 時~午後 時まで | その他 ( )                  |

直接健診機関にお申し込みの場合、補助対象にはなりません。

\* お申し込みの際は、裏面の受診予定者名簿もご記入の上、提出してください。\*

# 事業所健診受診予定者名簿

|       |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |
| 事業所名  |  |  |  |  |

定期健診Aセット

定期健診Bセット

←コピーして、セット別に作成してください

- \* 35歳及び40歳以上の方は、労働安全衛生法で義務付けられていますので、必ずAセットを受診してください。
- \* Bセット及び項目の変更等については、産業医もしくは医師が認めた場合にのみご利用が可能です。(事前に産業医もしくは医師に可否の判断をいただいでください。)

|    | 被共済者番号    |  |  |  | 年齢 | 被共済者番号    |  |  |  | 年齢 |
|----|-----------|--|--|--|----|-----------|--|--|--|----|
|    | (フリガナ) 氏名 |  |  |  |    | (フリガナ) 氏名 |  |  |  |    |
| 1  |           |  |  |  | 21 |           |  |  |  |    |
| 2  |           |  |  |  | 22 |           |  |  |  |    |
| 3  |           |  |  |  | 23 |           |  |  |  |    |
| 4  |           |  |  |  | 24 |           |  |  |  |    |
| 5  |           |  |  |  | 25 |           |  |  |  |    |
| 6  |           |  |  |  | 26 |           |  |  |  |    |
| 7  |           |  |  |  | 27 |           |  |  |  |    |
| 8  |           |  |  |  | 28 |           |  |  |  |    |
| 9  |           |  |  |  | 29 |           |  |  |  |    |
| 10 |           |  |  |  | 30 |           |  |  |  |    |
| 11 |           |  |  |  | 31 |           |  |  |  |    |
| 12 |           |  |  |  | 32 |           |  |  |  |    |
| 13 |           |  |  |  | 33 |           |  |  |  |    |
| 14 |           |  |  |  | 34 |           |  |  |  |    |
| 15 |           |  |  |  | 35 |           |  |  |  |    |
| 16 |           |  |  |  | 36 |           |  |  |  |    |
| 17 |           |  |  |  | 37 |           |  |  |  |    |
| 18 |           |  |  |  | 38 |           |  |  |  |    |
| 19 |           |  |  |  | 39 |           |  |  |  |    |
| 20 |           |  |  |  | 40 |           |  |  |  |    |

直接健診機関にお申し込みの場合、補助対象にはなりません。  
 \* お申し込みの際は、裏面の受診予定者名簿もご記入の上、提出してください。\*