

令和4年度事業所健診受診申込書

事業所番号				
事業所名 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	<input type="checkbox"/> ハーティ 21 <input type="checkbox"/> 島田クリニック <input type="checkbox"/> 尼崎新都心病院健診センター <input type="checkbox"/> 兵庫県予防医学協会 <input type="checkbox"/> カーム尼崎健診プラザ <input type="checkbox"/> 明医会
	<input type="checkbox"/> ハーティ 21 の出張合同健診 <6/27 (月)、7/26 (火) : 尼崎市総合文化センター>
	<input type="checkbox"/> <9/17 (土) 伊丹アイフォニックホール> *希望日に○をつけてください

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<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> > 下線の項目は、 Aセットのみ	
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(令和4年4月18日~令和5年2月24日)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。*

令和4年度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ってください。)

	被共済者番号			生年月日	年齢	被共済者番号			生年月日	年齢
	(フリガナ) 氏名	(フリガナ) 氏名	(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。*