

【 定 期 健 康 診 断 申 込 書 】

事業所名 _____ 担当者名 _____

書類郵送先住所 _____

郵便番号 _____ 連絡先電話番号 _____

◆希望日時に☒印をお願いします。（申込状況によって調整をお願いする場合があります。）【 受 診 日 】 商 工 会 館 受 診・・・□6月25日（月） □6月27日（水）
事業所巡回受診・・・□6月26日（火）【 受付時間 】 □ AM 9：00（Bコースの方のみ） □ AM10：00 □ AM11：00
□ PM 1：00 □ PM 2：00 □ PM 3：00

※ 午前中は原則Bコースを受診される方を優先とします。（AM9:00 はBコース受診の方のみ）

※ 毎年、午前中は大変混雑しておりますので午後からの受診をお勧めします。

※1 日進市内にお住まいの方で、国民健康保険に加入されている方は「日進市国保」欄に○印をお付けください。

※2 愛知県中小企業共済に加入されている方は「共済割引」欄に○印をお付けください。

No.	フリガナ 氏 名	性別	生 年 月 日	受 診 コース	※1 日進市 国保	※2 共済 割引	付加検診（オプション）
1		男・女	S・H 年 月 日	A・B			追加血液検査・大腸がん・胃部X線・前立線がん・じん肺・有機溶剤()・腫瘍マーカー
2		男・女	S・H 年 月 日	A・B			追加血液検査・大腸がん・胃部X線・前立線がん・じん肺・有機溶剤()・腫瘍マーカー
3		男・女	S・H 年 月 日	A・B			追加血液検査・大腸がん・胃部X線・前立線がん・じん肺・有機溶剤()・腫瘍マーカー
4		男・女	S・H 年 月 日	A・B			追加血液検査・大腸がん・胃部X線・前立線がん・じん肺・有機溶剤()・腫瘍マーカー
5		男・女	S・H 年 月 日	A・B			追加血液検査・大腸がん・胃部X線・前立線がん・じん肺・有機溶剤()・腫瘍マーカー
6		男・女	S・H 年 月 日	A・B			追加血液検査・大腸がん・胃部X線・前立線がん・じん肺・有機溶剤()・腫瘍マーカー
7		男・女	S・H 年 月 日	A・B			追加血液検査・大腸がん・胃部X線・前立線がん・じん肺・有機溶剤()・腫瘍マーカー
8		男・女	S・H 年 月 日	A・B			追加血液検査・大腸がん・胃部X線・前立線がん・じん肺・有機溶剤()・腫瘍マーカー

【受診費用】 Aコース受診（ 6,700円） × 名＝ 円

Bコース受診（14,500円） × 名＝ 円

【追加検査】 追加血液検査（ 700円） × 名＝ 円

大腸がん（ 1,000円） × 名＝ 円

胃部X線（ 8,000円） × 名＝ 円

前立線がん（ 2,000円） × 名＝ 円

じん肺（ 3,000円） × 名＝ 円

腫瘍マーカー（ 8,000円） × 名＝ 円（男性）

（ 9,000円） × 名＝ 円（女性）

有機溶剤（ 円） × 名＝ 円（溶剤により費用は異なります）

中小企業共済（▲1,500円） × 名＝▲ 円

中小企業共済（▲5,000円） × 名＝▲ 円

受 診 費 用 合 計

円

※事務局記入欄

受付日	確認者①	入金日	確認者②
-----	------	-----	------