

【 定期健康診断申込書 】

事業所名 _____ 担当者名 _____

書類郵送先住所地 _____

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・・・5月28日（木） 5月29日（金）
事業所巡回受診・・・5月26日（火）

【 受付時間 】 ① AM 9：00 ② AM10：00 ③ AM11：00
④ PM 1：00 ⑤ PM 2：00 ⑥ 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。

※日進市国民健康保険加入の方で、受診された方の健診結果は特定健診受診者数確認の為に日進市役所保険年金課へ提出しますので予めご了承ください。

No.	フリガナ氏名	性別	生年月日	受診コース	中小企業共済加入状況	付加健診（オプション）	日進市国民健康保険加入状況
1		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	
2		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	
3		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	
4		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	
5		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	
6		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	
7		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	
8		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	
9		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	
10		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	
11		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	
12		男 女	S・H 年 月 日	A・B	有・無	追加血液検査・大腸がん・胃部X線・じん肺・前立線がん・有機溶剤（ ）	

【受診費用】 Aコース受診（ 6,000円） × 名= 円
 Bコース受診（10,000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（ 3,500円） × 名= 円
 じん肺（ 3,000円） × 名= 円
 前立線がん（ 1,500円） × 名= 円
 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
-----	------	-----	------